Rok XLI. Kraków, 12 Lipca 1902. Nr. 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Przyczynek do techniki operacyjnej na pęcherzu moczowym** (z przedstawieniem chorej).

Podał

L. Rydygier.

Według wykładu na XI. Zjeździe chirurgów polskich.

Korzystając z przypadku nader zajmującego, jaki mam przedstawić, chciałbym uczynić kilka uwag co do techniki operacyjnej na pęcherzu.

Zależy mi przedewszystkiem na tem, żeby raz jeszcze zwrócić uwagę na sposób zakładania szwu pęcherzowego, bo mimo kilkakrotnego podnoszenia tej sprawy w dawniejszych mych pracach, przekonywam się nawet z najnowszych wydań rozmaitych i najlepszych podręczników, że sposób zakładania szwu na pęcherz, tak często przezemnie za najlepszy zalecany, nie znalazł jeszcze ogólnego uznania. Mogę zaś zaręczyć, że sposób zalecany wypróbowałem nie tylko w licznych doświadczeniach na psach, ale w stosunkowo znacznej liczbie przypadków szwu pęcherzowego, wykonanego u ludzi.

Nie tak dawno temu, bo zaledwie kilka lat, znaczna liczba chirurgów, a pomiędzy nimi i najwybitniejsi jak np. Guyon, byli zasadniczo przeciwni zakładaniu szwu pęcherzowego, który tak często zawodził. I dziś jeszcze naliczylibyśmy znaczną liczbę takich przeciwników, chociaż większość tylko wówczas oświadcza się przeciwko zakładaniu szwu, jeżeli ściany pęcherza są chorobowo zmienione. Tak oznaczywszy granice, naprawdę wcale ich nie ustalamy, gdyż prawie w każdym przypadku, w którym byliśmy zmuszeni otworzyć pęcherz, ściany jego mniej lub więcej bywają zmienione, a ocena stopnia tych zmian zawisła zupełnie od podmiotowego zapatrywania operującego. Powyższem tedy oświadczeniem nie dajemy żadnych wskazówek mniej na tem polu doświadczonym. My w naszej klinice trzymamy się tej zasady, że zasadniczo zawsze zaszywamy ranę pęcherza, a tylko w tych przypadkach sączkujemy pęcherz niezaszyty, jeżeli stan jego i bez poprzednio dokonanej operacyi wymagałby szerokiego otwarcia, n. p. jeżeli mamy szeroką ranę na wewnętrznej powierzchni pęcherza po wycięciu rozlanego nowotworu, z której krwotok nie da się zupełnie zatamować. Po usunięciu uszypułowanych guzów, gdzie się nie obawiamy znaczniejszego krwotoku, ranę w pęcherzu zaszywamy. Tak samo w stanach posokowatych pęcherza tylko wtenczas nie szyjemy, jeżeli mamy przekonanie, że i po usunięciu pierwotnego cierpienia, stan ten wywołującego, nie zdołamy naturalnego zapewnić odpływu, a nadto potrzebny nam jest szeroki dostęp do dalszego stosowania środków leczniczych.

Mimo tak daleko posuniętych granic dla szwu pęcherzowego, ani razu szew na szerszej przestrzeni nam się nie rozszedł, a tylko 1 raz powstała maluczka przetoka, która w kilku dniach sama się zagoiła: to najlepiej przemawia za doskonałością naszego postępowania w zakładaniu szwu. W przypadku owym, u młodego człowieka po cięciu nadłonowem, wykonanem z powodu brodawczaka śluzowego, założono na stałe cewnik Pezzera, jak się u nas zawsze dzieje po tej operacyi. Nie zauważono jednak, że cewnik się zatkał, prawdopodobnie skutkiem zapadnięcia się czapeczki Zatkanie to trwało najprawdopodobniej 18 godzin. Mocz nie znajdując ujścia, rozszerzył nad miarę pęcherz i wytworzyła się przetoczka, która po wprowadzeniu innego, dobrze funkcyonującego cewnika, po paru dniach zamknęła się sama.

Przedewszystkiem podnoszę z naciskiem, że na pęcherz tak samo jak na jelito należy zakładać jedynie szew kuśnierski. Nie chodzi tu tylko o oszczędność na czasie, ale o pewność szwu. Załączone szematyczne ryciny najlepiej to uwidocznią: Szew zakładamy zawsze na próżny pęcherz.

Fig. I.

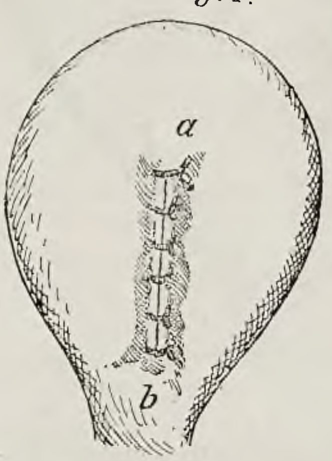
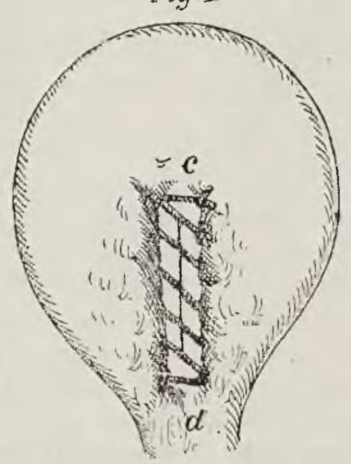


Fig. III.



Chociaż więc niby dość gęsto go założyliśmy *(Fig. 1. a, b)* to po znaczniejszem wypełnieniu pęcherza odstępy węzełkowe pomiędzy pojedyńczymi szwami mogą się tak rozszerzyć, że przepuszczą napierająay mocz *(Fig. 2. a' b')*. Przeciwnie, linia szwu kuśnierskiego *(Fig. 3. c d)* nie może się wydłużyć mając końcowe punkty połączone niepodatną nitką: im bardziej mocz napiera, tem mocniej szew się zaciąga, a tylko obok niego ściany pęcherza się wydymają *(Fig. 4. c' d')*. Wyższość szwu kuśnierskiego właśnie na pęcherzu tak się w oczy rzuca, że nie pojmuję, dlaczego go dotychczas jeszcze ogólnie nie przyjęto, jako jedynie dozwolonego.

Drugi punkt, na który należy dokładnie uważać, a na który już Maksimow w cennej swej rozprawie zwraca specyalną uwagę, jest, żeby zaczynać i kończyć przed po-

czątkiem i za końcem rany, t. j. jeszcze w ścianie nienaruszonej. Inaczej bowiem mogłoby się zdarzyć, że po znacznem wypełnieniu pęcherza powstanie pomiędzy pierwszym szwem a kąeikiem rany tak wielka przestrzeń, że mocz napierający wydostać się może tak samo, jak pomiędzy dwoma szwami węzełkowymi.

Że szew na pęcherz należy zakładać dwupiętrowy, na to dziś wszyscy się zgadzają. Nie istnieje tylko jeszcze zgoda, jakie warstwy pęcherza każdy z tych szwów zajmować powinien. U nas w klinice zakładamy pierwszy rząd szwów tak, że przechodzi przez całą grubość ściany, niezachwytując tylko błony śluzowej. Nie można się tylko zgodzić z tymi nielicznymi dziś już autorami, którzy jeszcze radzą zajmować i błonę śluzową ze względu na znane niebezpieczeństwo, żeby szew nie dał później początku do powstania kamienia.

Drugi rząd szwów, założony na sposób szwu Lemberta, powinien koniecznie przechodzić nie tylko przez tkankę łączną pokrywającą warstwę mięśniową, ale dobrze zachwytywać właśnie tę warstwę, która czasem przy zakładaniu tego rzędu przed igłą się usuwa. Do szwu używamy zawsze katgutu, podobnie jak przy szwie jelitowym. Tutaj używanie katgutu ma większe jeszcze znaczenie, bo wiemy przecież, że jedwabne podwiązki, założone nawet po za nienaruszonymi ścianami pęcherza mogą się dostać do jego wnętrza i wywołać powstanie kamienia, którego jądro stanowią.

W dolny kąt zeszytej z resztą rany powłok brzusznych zakładamy kawałek gazy jodoformowej; a może lepiej założyć sączek szklanny, jak radzi Kocher, bo kilka razy musiałem ranę w powłokach później rozpruć, ponieważ gaza niedostatecznie sączkowała.

Cewnik Pezzera, wprowadzony zaraz podczas operacyi, pozostawiamy zwykle przez 8—10 dni komornem; jeżeli jednak bardzo drażni cewkę, lub nie dobrze funkcyonuje, to i wcześniej wyjmujemy i zastępujemy regularnem wprowadzaniem cewnika kilka razy dziennie.

Na zakończenie przedstawiam przypadek nader rzadki i trudny przed operacyą do rozpoznania: przypadek wrzodu gruźliczego w pęcherzu, drążącego przez całą grubość jego ścian, zrośniętego z pętlą jelita cienkiego i siecią i tworzącego guz w jamie brzusznej wielkości dwóch pięści.

Dokładniejszy opis choroby podaję poniżej:

A. R. z Ostapia, l. 35, Nr. prot. 100. Pobyt w klinice od 16/3 do 7/5 1901

Fig. II.

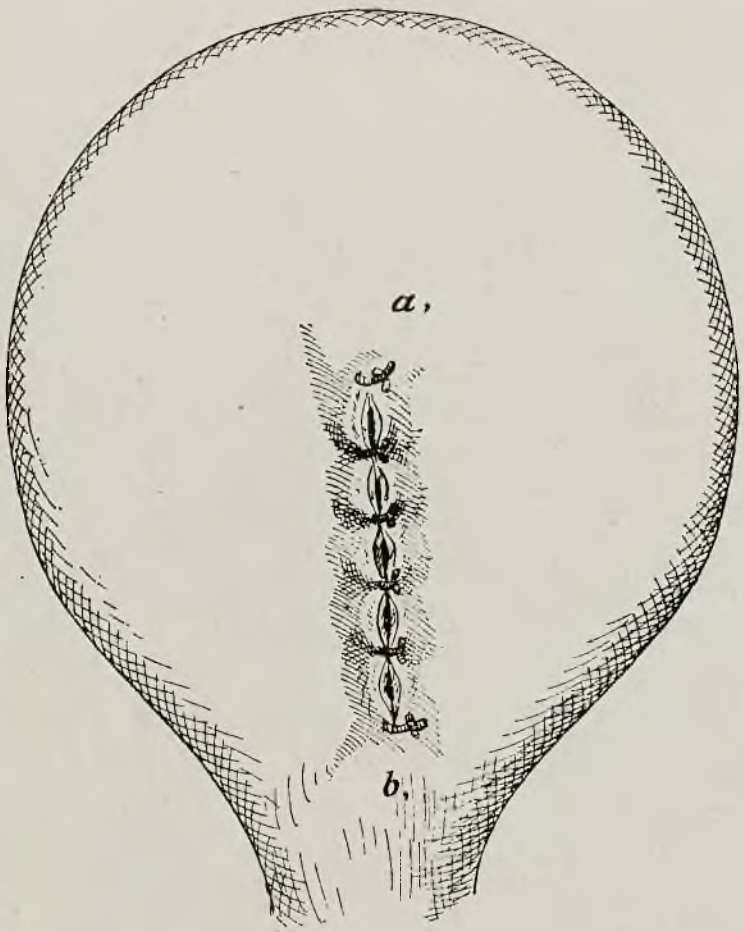
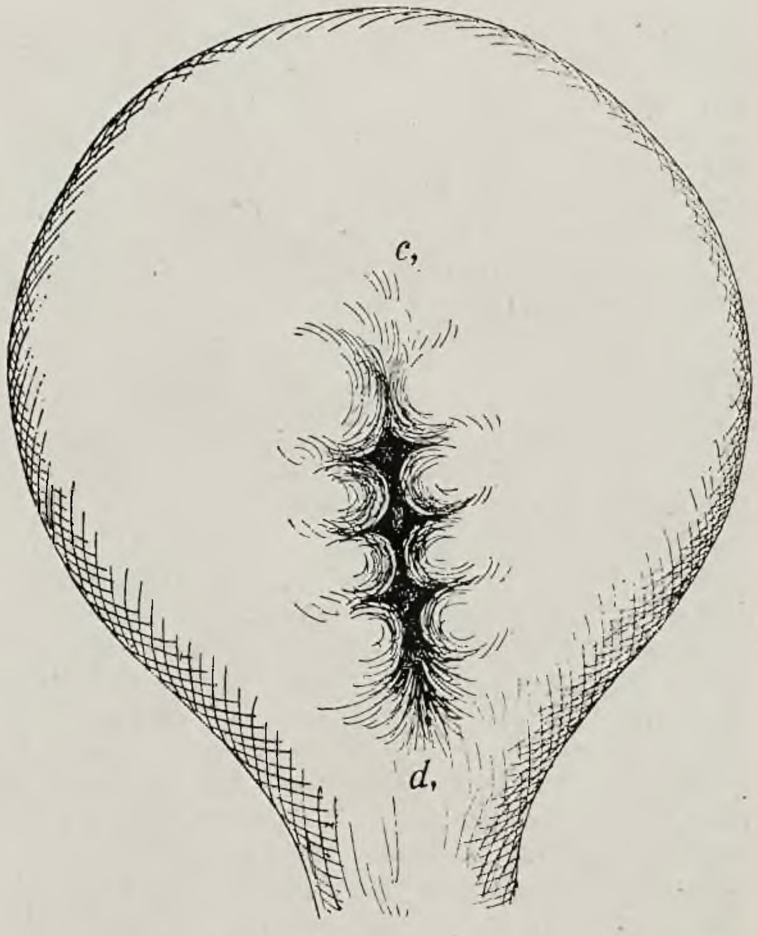


Fig. IV.



Wywiady: Ojciec umarł w 50 r. ż. z nieznanej jej przyczyny; matka w 63 r. ż. z gruźlicy płuc. Jedyna siostra zmarła na płonicę. W 16 r. ż. wyszła zamąż, rodziła 8 razy, ostatni raz przed 8 miesiącami. Troje dzieci zmarło w niemowlęctwie, pięcioro żyje zdrowych. Miesiączkuje prawidłowo od 18 r. ż. Dotychczas poważniej nie chorowała. Przed 4-ma tygodniami wystąpiły nagle bóle w okolicy spojenia łonowego, a równocześnie pojawiło się uporczywe parcie na mocz. Radziła się lekarza, ale zalecone krople i maści zażywała bez skutku. Cierpienie staje się coraz dolegliwszem. Obecnie wśród przykrego parcia musi oddawać mocz co kilka minut; mocz jest mętny i cuchnie. Krwi w nim nie zauważyła. Przez ten czas schudła i bardzo zesłabła.

Stan obecny: Wzrost średni, budowa dobra, odżywienie mierne, skóra i błony śluzowe zewnętrzne blade. Gruczoły na szyi, karku i pod pachami nie powiększone. Serce i płuca bez zmian. Kształt brzucha prawidłowy, powłoki brzuszne wiotkie, na skórze liczne blizny porodowe. Wątroba i śledziona nie powiększone. Ponad spojeniem łonowem wyczuwa się guz wielkości dwóch pięści, twardy, o powierzchni gładkiej, niebolesny, ruchomy z boku na bok, ale nie dający się wysuwać ku górze. Gruczoły pachwinowe macalne. Badanie przez pochwę:

część pochwowa macicy z wrębami na $1/_2$ falangi długa. Trzon macicy w tyłopochyleniu i zgięty ku stronie lewej, wolny. Przez sklepienie przednie i prawe wyczuwa się guzowaty opór, bardzo nieznacznie ruchomy, tkliwy. Badanie przez odbytnicę nie dodaje nowego szczegółu. Przez cewnik, wprowadzony do pęcherza, wylewa się nieco płynu ropiasto-krwawego, ze strzępami tkanki obumarłej. Pęcherz obejmuje zaledwie kilkanaście gramów płynu (badanie cystoskopem niemożliwe!).

Mocz mętny, woni amoniakalnej, alkaliczny, c. g. 1·020. Białko w ilości 0·396%. Barwników krwi nie zawiera. Diazo-reakcya ujemna. Indykan i chlorki prawidłowe Fosforany ziem. zniesione, fosforany ogólne 0·106%. Osad składa się z moczanu amonowego, fosforanów: wapniowego, neutralnego i magnowo-amonowego. Liczne ciałka wypocinowe, pojedyncze erytrocyty. Liczne bakterye. Przybłonek płaski pojedynczo. Komórek nowotworowych ani prątków gruźliczych nie znaleziono.

Operacya (26/3 1901) w uśpieniu chloroformowem. Po otwarciu jamy otrzewnowej okazało się, że guz tworzyła głównie sieć skłębiona, przyrośnięta do okolicy wierzchołka pęcherza. Obok sieci przyrosła tamże jedna pętla jelita cienkiego. Po oddzieleniu sieci i jelita cienkiego okazało się, że na przedniej ścianie pęcherza (śródotrzewnowo) w okolicy szczytu, znajduje się otwór wielkości ziarnka grochu o brzegach owrzodziałych, kruchych. Otwór ten zamkniętym był właśnie przyrosłą siecią, a częściowo jelitem. Część sieci zbliznowaciałą odcięto, ubytek zaś w otrzewnej na jelicie, jaki się okazał po jego oddzieleniu, pokryto szwem Lemberta. Przystąpiono do wycięcia częściowego ściany (śródotrzewnowej) pęcherza, zajętej przez owo owrzodzenie. Wycięto część w kształcie trójkąta równoramiennego (długość boków około 4 ctm.) zwróconego wierzchołkiem ku szczytowi pęcherza. Preparat obejrzano i przekonano się, że cięcia przebiegały w ścianach zdrowych. Ranę w pęcherzu zeszyto typowo szwem katgutowym, ciągłym. Przy oczyszczaniu jamy brzusznej zauważono w dole pęcherzowo-macicznym pojedyncze gruzełki. W końcu oddzielono częściowo otrzewnę ścienną od brzegów rany laporotomijnej i przyszyto ją do okolicy szczytu pęcherza powyżej rany pooperacyjnej (tak, że obecnie cała przednia ściana leży pozaotrzewnowo), poczem ponad pęcherzem założono szew warstwowy na powłoki brzuszne. Do pęcherza wprowadzono cewnik Pezzera komornem i lewar. W dolny kąt rany seton.

Przebieg pooperacyjny. Raz tylko podniosła się ciepłota, do 38° zresztą stale stan bezgorączkowy. Lewar spełnia swe zadanie zupełnie dobrze. Chora zażywa salol i pije wodę sodową. Pęcherz przepłókuje się codziennie letnim rozczynem kwasu borowego. Dziesiątego dnia wyjęto cewnik, a po trzech tygodniach otwór po setonie zgoił się zupełnie. Przez pierwsze dni chora oddaje mocz co parę, potem co kilka godzin. Po tygodniu pęcherz funkcyonował prawidłowo, jak to stwierdzono spostrzegając chorą do 7/5 t. r. Tego dnia oddany mocz był zupełnie czysty, oddziaływał kwaśno, białka nie zawierał, ani nie tworzył osadu. Badanie cystoskopowe, wykonane 6 maja i powtórzone 12 lipca, wykazało w pęcherzu stosunki zupełnie prawidłowe. Na przedniej ścianie pęcherza widać bliznę linijną, w połowie pod kątem rozwartym załamaną. Blizna zaciągnięta w głąb, a na prawo od niej kilka blizn kropkowatych, jako ślad po ranie. Wówczas też (tj. 12/7 1901) stwierdzono, że odżywienie chorej znacznie się podniosło, że czuje się ona zupełnie zdrową, zwłaszcza zaś, że pęcherz sprawuje swą czynność tak, jak za najzdrowszych czasów. Mocz bez zmian.

Badanie mikroskopowe wyciętej ściany pęcherzowej wykazało zwykły obraz gruźliczego owrzodzenia, które szerząc się najprawdopodobniej od błony śluzowej, przedziurawiło całą grubość ścian pęcherza.

II. Z sali mamek i osesków szpitala św. Ludwika pod dyrekcyą Prof. Dra Jakubowskiego w Krakowie.

Kwaśna niestrawność jelitowa u dzieci karmionych piersią.

(Dyspepsia intestinalis acida lactatorum).

Napisał
Dr. Jan Raczyński,
Doc. pedyatryi w U. J.

(Ciąg dalszy)

Na razie najwięcej mnie zajmowało pytanie, czy w przypadkach niestrawności, przebiegającej wśród objawów powyżej przedstawionych, rzeczywiście stopień kwasoty stolców jest wyższy, niż w warunkach prawidłowych. Chcąc na to pytanie odpowiedzieć, należało oznaczyć ilościowo kwasy zawarte w kale; badania jednak takie napotykały na znaczne trudności; wspomniano już wyżej, że kwaśność kału dzieci żywionych piersią zależy przeważnie od kwasów organicznych, tłuszczowych, które tu znajdują się w części jako wolne kwasy lotne (octowy, propionowy, masłowy i t. d.), w części jako kwasy tłuszczowe wolne nielotne, (jak palmitynowy, stearynowy i t. d.), wreszcie jako mydła związane z zasadami, znajdującemi się w przewodzie pokarmowym. W tych warunkach trudno było myśleć o oznaczaniu ilościowem poszczególnych kwasów z osobna, a należało się ograniczyć do oznaczenia ogólnej kwasoty *(Gesammtaciditaet)* tem więcej, że takie oznaczania były do naszych celów zupełnie wystarczające.

Z pomiędzy różnych metod, jakich różni autorowie do oznaczenia kwasoty kału używali, wybrałem za poradą kol. Doc. Dra Lembergera następującą:

I. Pewną, odważoną ilość kału rozrabiano z wodą aż do uzyskania jednolitej cieczy, którą poddawano destylacyi. W otrzymanym destylacie znachodzą się wolne lotne kwasy tłuszczowe obok połączeń organicznych, przechodzących z parą wodną jak indol, skatol, przeszkadzających odmiareczkowaniu.

Aby te ciała oddzielić, zobojętnia się destylat zapomocą węglanu sodowego (który zwiąże kwasy tłuszczowe) i poddaje powtórnej destylacyi, przy której do destylatu przechodzą indol i skatol. Pozostałość oddestylowano po dodaniu kwasu siarkowego i destylat miareczkowano $1/_{20}$ norm. ługiem potasowym.

II. W innej części kału oznaczano kwasy tłuszczowe wolne nielotne, a mianowicie wysuszony i odpowiednio przyrządzony kał wytrawiano w przyrządzie Soxhleta eterem naftowym, przyczem jako pozostałość w kolbie otrzymywaliśmy tłuszcze i kwasy tłuszczowe wolne. Pozostałość tę odważono, rozpuszczono w eterze z dodatkiem alkoholu, a następnie oznaczono miareczkowaniem znajdujące się w rozczynie wolne kwasy tłuszczowe, przyczem na wskaziciela służył rozczyn fenolftaleiny.

Ilość wolnych kwasów tłuszczowych obliczono na kwas palmitowy, a odjąwszy ją od odważonej sumy tłuszczów i kwasów tłuszczowych, otrzymano ilość tłuszczów zawartych w użytym kale.

III. Kwasy tłuszczowe, znajdujące się w kale w postaci mydeł, oznaczano w ten sposób, że do tej samej próbki, która została już wytrawioną eterem, dodawano alkoholu zakwaszonego kwasem solnym, odparowano i poddawano znów wytrawianiu eterem, oznaczając pozostałość wagowo.

Kał zbierano na płaty płótna ceratowego; badania rozpoczynano najpóźniej w 1 — 2 godzin po otrzymaniu kału. Chcąc uniknąć zmięszania z moczem przeprowadzano badania tylko na oseskach płci męzkiej, którym dla schwytania osobno moczu zakładano zbiorniki (recypienty) pomysłu Raudnitza.

Jak to już poprzednio zaznaczyłem, nie mamy żadnych danych co do zachowania się stopnia kwasoty w warunkach fizyologicznych, odpowiedź więc na pytanie, czy wyższą jest kwasota kału w pewnych stanach chorobowych można było otrzymać tylko przez porównanie wyników badania nad dziećmi zdrowemi i choremi. Ale i wnioski wysnute z wyników uzyskanych tą samą metodą badania chemicznego mogły nas zawieść na bezdroża, gdyby każde z dzieci karmione było przez inną kobietę, bo wiadomo jest z dotychczasowych badań Biederta i Uffelmanna, że kwasota zależy od ilości tłuszczu zawartego w spożytem mleku, a co do tego składnika mogą zachodzić różnice u różnych kobiet. Aby więc ominąć te trudności, ograniczono badania wyłącznie do tych przypadków, gdzie z dwojga dzieci karmionych przez jedną kobietę, jedno było zupełnie zdrowe, drugie okazywało objawy niestrawności, a takiego materyału nie brak było na Sali mamek. Dodać winienem, że za dziecko zdrowe uważałem osobnika donoszonego o ciężarze po urodzeniu powyżej 3.000 gramów, przybywającego na wadze według przeciętnych skali Fleischmanna, — oddającego kał jednolicie przetrawiony, żółty i t. d. Zachowano także i tę ostrożność, że badano zawsze równocześnie kał oddany w tym samym mniej więcej czasie przez oba oseski, tj. zdrowego i chorego. Nie potrzebuję chyba dodawać, że czuwano nad tem pilnie, aby dzieci, na których przeprowadzano doświadczenia, nie dostawały żadnego innego pożywienia, prócz pokarmu kobiety karmiącej:

Spostrzeżenie I. Dotyczyło dwojga dzieci, karmionych przez Maryę K., kobietę zdrową, 32-letnią, posiadającą dostateczną ilość pokarmu dla dwojga dzieci.

Własne dziecko Stanisław K. waży w 8 tyg. życia 4.850 grm., przybywa dobrze na wadze dziennie około 30 grm., dużo śpi, spokojny, stolce prawidłowe, 2—3 na dobę.

Badanie kału wykazało:

Lotne kwasy wolne na 100 grm. kału suchego zobojętniają 537 milgr. KOH.
czyli: Lotnych wolnych kwasów (obliczonych na kw. masłowy) = 0·84%
Wolnych kwasów na 100 gr. such. kału . . . . 0·872% grm.
Kw. tłuszcz. z mydl. » » » » » . . . . . 2·01% grm.

Drugie dziecko karmione przez tę samą kobietę Jan F. liczy 6 tygodni życia, waży 4.150 grm., dziennie przybywa (biorąc pod uwagę tydzień przed i tydzień po wzięciu stolca do badania) po 18 grm., jest niespokojne, — często płacze i t. d; prawie co godzinę oddaje po odrobinie kału nie jednolitego, czasem zielonego.

Badanie kału wykazuje:

Lotne kw. wolne na 100 grm. such. kału zobojętniają 817 milg. KOH.
czyli: Lotnych wolnych kwasów (obliczonych na kwas masł.) = 1·28%
Wolnych kw. tłuszcz. na 100 gr. such. kału . . 1·135% grm.
Kwasów zmydlonych » » » » ». . . 6·20% grm.

Spostrzeżenie II. Dziecko własne mamki A. M., 6. tyg., waży 4.050; cierpiało na objawy niestrawności ze wszystkimi wyżej wymienionymi przypadami. Przybytek dzienny 12 grm., stolców na dobę 10—15.

Rozbiór chemiczny kału dokonany 20/V. 1901. wykazał:

Lotne kw. wolne na 100 grm. kału zobojętniają 4657 milgr. KOH. czyli: Lotnych wolnych kwasów (obliczonych na kwas masłowy) = 7·31%
Kwasów tłuszczowych wolnych na 100 gr. such. kału . . 1·87%
» « zmydlonych » » » » » . . . 10·77%

Dziecko 8 tygodniowe St. M. (waży 4.300 grm.), karmione przez tę samą kobietę jest zupełnie zdrowe, przybywa 25 grm. dziennie, — stolce prawidłowe, skłonność do zaparcia.

Badanie chemiczne kału ze względu na kwasotę, dokonane 20/V. 1901., wykazało:

Lotne kw. wolne na 100 gr. kału such. zobojętniają 501 milgr. KOH.
czyli: Lotnych woln. kwasów (obliczonych na kwas masłow.) = 0·79%
Kw. tłuszczowych wolnych na 100 gr. such. kału . . 0·749%
» » zmydlonych » » » » » . . 3·117%

Spostrzeżenie III. Dnia 24/VI. zgłasza się M. K. na salę mamek z dzieckiem 2 tygodniowem dość dobrze rozwiniętem, ważącem 3·350 grm.; już przy pierwszem badaniu można było stwierdzić objawy niestrawności, mianowicie wzdęcie brzucha, wyprzania i t. d., a obserwacya dziecka na oddziale, wreszcie słaby przybytek ciężaru ciała, potwierdzają to rozpoznanie.

Dnia 21/IV. Kobieta ta rozpo częła karmić $2^1/_2$. miesięcy liczącego St. W.. który przy tym pokarmie dobrze przybywa (powyżej 20 grm. dziennie), jest spokojny, stolce prawidłowe.

Badanie chemiczne kału tych dwojga dzieci dokonane 15/V. po dwóch tygodniach karmienia, wykazało.

Dziecko własne mamki:

Kwasy wolne lotne na 100 grm such kału zobojętniają 2116 milgr. KOH,
czyli: Kwasów wolnych lotnych (obliczonych na kwas masł.) = 3·31%
Wolnych kwasów nielotnych na 100 gr. such. kału . . 2·728%
Kwasów tłuszcz. zmydlonych » » » » » . . 2·61%

Dziecko obce:

Kwasy tł. wolne lotne na 100 grm. such kału zobojętniają 817 miligr. KOH.
czyli: Lotnych kwasów wolnych (obliczonych na kwas masł.) = 1.28%
Kwas. tł. woln. nielotnych na 100 gr. such. kału . . 1.980%
» » » zmydlonych » » » » ». . . 2.03%

Spostrzeżenie IV. M. P. karmi dwoje dzieci, z których jedno. t. j. własne, 4 tygodniowe, ważące 3.850 grm. przybywa dobrze, oddaje kilka stolców na dobę prawidłowego wejrzenia.

26/V. kał badany chemicznie co do kwasoty przedstawia się:

Lotne kw. woln. na 100 gr. such. kału. zobojętniają 317 miligrm. KOH.
czyli: Lotnych kwasów woln. (obliczonych na kwas masłowy) = 0·50%
Kwasów tłuszcz. wolnych na 100 gr. such. kału . . . 1·12%
» » zmydlonych » » » » » . . . 4·06%

Dziecko F. M. w tym samym wieku jak dziecko mamki, waży 3.950. karmione przez tę samą kobietę, okazuje objawy niestrawności, przybywa słabo i t. d.

26/V. Badanie kału wykazało:

Lotne kwase wolne na 100 gr. such. kału zobojętniają 821 miligr. KOH
czyli: Lotnych kwasów wolnych (obliczonych na kwas masł.) = 1·29%
Kwasów tłuszcz. wolnych na 100 gr. such. kału . . . 8·07%
» » zmydlonych » » » » » . . . 3·72%

Rozpatrzmy teraz wyniki badania w poszczególnych spostrzeżeniach i porównajmy je z objawami klinicznymi co do zachowania się dziecka. Uderzy nas, że kwasota stolców u dzieci, okazujących objawy niestrawności, jest dużo wyższą: w spostrzeżeniu II. wolne kwasy tłuszczowe znajdujemy w 8 kroć większej ilości u dziecka chorego, niż u dziecka zdrowego; w spostrzeżeniach I. III. IV. różnice są mniejsze, jednak równie wybitne.

Na tej podstawie możemy twierdzić, że:

1) są stany chorobowe u dzieci karmionych piersią, w których kał zawiera większe ilości kwasów tłuszczowych, a z obecnością ich łączy się i cały szereg wybitnych objawów, jak częste oddawanie stolca, brak snu, wzdęcie i t. d.

2) Wytwarzanie się tych większych ilości kwasów nie jest wywołane (w naszych przypadkach) składem chemicznym pokarmu.

3) Ponieważ z dotychczasowych badań wiemy, że kwaśność stolców u dzieci karmionych piersią jest wynikiem działania bakteryj, t. j. flory prawidłowej, musimy przypu-

ścić, że i w tych przypadkach ten sam czynnik jest w grze; że jednak warunki sprzyjające pozwalają w tym razie na większe rozwinięcie się tej flory, a co zatem idzie, na wytworzenie większych ilości jej produktów.

Stan więc ten możemy nazwać niestrawnością z nadmiaru kwasów w jelitach, *dyspepsia acida intestinalis,* w odróżnieniu od niestrawności żołądkowej z nadmiarem HCl *(Hyperchlorhydria).* (Dok. nast.).

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. lwowskiego Prof. Dra Marsa.

Ciąża, poród i połóg u osób obarczonych wadą serca.

Skreślił

Dr. Rudolf Brejter,

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Przystępując teraz do terapii szczegółowej, zaznaczyć muszę z góry, iż była ona we wszystkich przypadkach zachowawczą w całem tego słowa znaczeniu. W naszych przypadkach można się było przekonać tak z wywiadów, jak i z spostrzeżeń, iż objawy ze strony serca występowały dopiero w drugiej połowie ciąży i to przeważnie w ostatnich miesiącach. Niektórzy autorowie przytaczają przypadki, w których zaburzenia ze strony serca występowały już w 2-gim lub 3-cim miesiącu, i uważają wzniecenie poronienia za usprawiedliwione. Zdaje mi się, iż jest to krok cokolwiek za śmiały; — z jednej bowiem strony ciąża tak wczesna nie nakłada prawie żadnych większych wymagań na serce; z drugiej strony wznieceniem poronienia nie przysporzymy sercu prawie żadnej ulgi. W przypadkach takich ciąża, w której autorowie ci dopatrują jedynej przyczyny niedomogi, jest powikłaniem przypadkowem. Nawet w tych razach, gdy poronienie występuje, — co bardzo rzadko się zdarza, — to nie możemy stanąć na tem stanowisku, iż ustrój samodzielnie usuwa przyczynę, która wywołała niedomogę serca, lecz musimy uważać poronienie to za następstwo niedomogi serca, powstałej wskutek innej przyczyny, zarówno jak obrzęki, białkomocz, wolny płyn w jamach surowiczych i t. d. Stosownie zatem do tego powinien lekarz ginekolog po przebytem szczęśliwie poronieniu być bardzo ostrożnym w rokowaniu na dalszy przebieg choroby i nie zapatrywać się zbyt różowo. Na wielką liczbę wczesnych poronień, między 1-szym a 3-cim miesiącem ciąży, w klinice lwowskiej przez przeciąg trzech lat nie udało się prawie nigdy stwierdzić wady serca, jako bezpośredniej przyczyny poronienia; u roniących bowiem z wadą serca zupełnie wyrównaną, bez żadnych objawów niedomogi, nie można poronienia kłaść na karb wady serca. Wychodząc z tego stanowiska, nigdy w żadnym przypadku nie spostrzegłem wskazania do wzniecenia tak wczesnego poronienia ze względu na obecny stan chorej. Mając jednak do czynienia z chorą, u której wada serca jest niewyrównaną i zbyt często wywołuje cięższe objawy niedomogi, a stan ogólny wiele pozostawia do życzenia, — nie wahałbym się zupełnie przed wywołaniem wczesngo poronienia — ze względu na niebezpieczeństwo, jakie jej grozi w miarę dalszego rozwoju ciąży. Jestto bowiem najodpowiedniejsza i jedyna w przebiegu ciąży chwila, w której czynne zachowanie się nasze w tych przypadkach zupełnie jest usprawiedliwione. W późniejszych miesiącach, przy nieznacznych objawach niedomogi, jak bicie serca, lekkie obrzęki itd., polecaliśmy bezwzględny spokój, nakazując chorej ile możności pozostawać w łóżku i zastósowywaliśmy odpowiednią nieobciążającą dyetę. W ten sposób postępując, usuwamy ile możności wszystkie, zwiększające pracę serca bodźce codziennego życia, przez co zabezpieczamy chorą przed wystąpieniem groźniejszych objawów ze strony serca, a co zatem idzie, przed możnością wystąpienia poronienia, lub przedwczesnego porodu. W przypadkach lżejszych terapia taka zupełnie nam wystarczała. W przypadkach cięższych, w których występowały wybitne objawy niedomogi serca, jak ogólne obrzęki, wolny płyn w jamach surowiczych, obfita wydzielina z płuc, w tych przypadkach prócz powyższej terapii miały swe zastosowanie leki sercowe, jak *strophantus,* naparstnica i t. d., prócz środków pobudzających; — skoro zaś występował białkomocz — zaleconą była dyeta mleczna. Postępując w ten sposób, byliśmy zawsze panami położenia. W przypadkach zaś bardzo ciężkich i uporczywych zadowalnialiśmy się tem, jeśli po zastosowaniu przytoczonej wyżej terapii objawy ze strony serca pozostały na tej samej wyżynie, a stan chorej się nie pogarszał. W tych przypadkach, jak nas doświadczenie na naszych chorych poucza, można prawie na pewno liczyć, iż w krótkim bardzo czasie wystąpi przedwczesne przerwanie ciąży. W tym kierunku nie spotkał nas zawód ani w jednym przypadku; dlatego nie uważam wcale za usprawiedliwione wzniecanie porodu przedwczesnego. Pomijając bowiem łatwość zakażenia, niekorzystne wpływy psychiczne na taką chorą, jakoteż kilkakrotne nieraz fizyczne wysiłki chorej przy zabiegach wzniecania porodu, liczyć się musimy z tem, iż do dnia dzisiejszego właściwie nie znamy sposobu szybkiego i zachowawczego wzniecenia porodu; — zabieg taki bowiem nieraz na doby się rozkłada w przypadkach zaś zrozpaczonych, a w takich tylko większa część autorów dopatruje wskazania do wywoływania przedwczesnego porodu, śmiertelność zbyt smutnie się przedstawia; nawet po ukończeniu porodu giną zwykle matki wskutek niczem nie dającego się powstrzymać postępującego naprzód zwyrodnienia serca, lub zakażenia ustroju. Smutne doświadczenie Schlayera najlepiej to uzasadnia: na trzy chore, u których wzniecił przedwczesny poród, ani jednej nie udało mu się uratować, — jedna z nich zginęła wskutek zakażenia. Feiss również stracił trzy chore, wzniecając u nich przedwczesny poród. Po tem doświadczeniu stanął Schlayer na tem stanowisku, jakie zajęła już dawniej większa część poważnych autorów, przedewszystkiem Löhlein. Według niego z zasady należy zachować się biernie; w bardzo jednak ciężkich przypadkach, jeśli wyjątkowo poród przedwczesny dobrowolnie nie występuje, wzniecenie porodu uważa za wskazane, a mianowicie:

1) jeśli objawy niedomogi serca pochodzą od ucisku powiększonej macicy;

2) jeśli śmierć matki jest nieuniknioną i oczekiwaną na pewno jeszcze przed porodem, a więc w celu uniknięcia cięcia cesarskiego *in modo defuncta.* Pierwszy punkt mimowoli nasuwa nam na myśl pytanie: czy mamy jakie pewne podstawy rozpoznawcze niedomogi, spowodowanej uciskiem powiększonej macicy? Drugi punkt, zdaje mi się, iż należałoby zupełnie wykluczyć; — tu bowiem wzniecenie przedwczesnego porodu występuje jako zabieg konkurujący

z cięciem cesarskim *in agone*, względnie *post mortem*, w celu ratowania dziecka. Inni autorowie, jak Sänger, Zweifel, Leyden również zbyt sceptycznie zapatrują się na wzniecenie przedwczesnego porodu. Gusserow slusznie zwraca uwagę na znacznie większe wymagania ze strony serca podczas porodu przedwcześnie wznieconego, niż podczas porodu na końcu ciąży. Kleinwächter jest stanowczym przeciwnikiem wzniecania porodu przedwczesnego; Guérard zaś zwolennikiem raczej wzniecenia poronienia. Nie ulega wątpliwości, iż nad wznieceniem przedwczesnego porodu lub poronienia w późniejszych miesiącach w przypadkach wad serca nie możemy przejść do porządku. Do tego zabiegu jednak możemy się uciec w wyjątkowych li tylko przypadkach, i to wśród następujących okoliczności:

1) jeśli zostało stwierdzonem, iż przy poprzedniej ciąży wystąpiły u tej chorej bardzo ciężkie, wprost życiu zagrażające, objawy niedomogi;

2) jeśli stan chorej ogólny jest nienajgorszy i liczyć jeszcze możemy na taką wytrzymałość i siłę mięśnia sercowego, iż zabieg wogóle zniesie;

3) jeśli środki sercowe zupełnie odmówiły posłuszeństwa, t. j. iż pomimo ich zastósowania objawy niedomogi serca postępują wybitniej.

Mając zatem na względzie te okoliczności, i jeżeli wyjątkowo wobec dłużej trwającego stanu niedomogi dobrowolne przerwanie ciąży nie następuje, możemy wówczas przystąpić do wzniecenia późnego poronienia, lub przedwczesnego porodu. Są to jednak zbyt rzadkie przypadki, gdyż w największej ich liczbie damy sobie radę środkami sercowymi, — w pozostałych zaś stosunkowo dość wcześnie ustrój przychodzi nam z pomocą porodem przedwczesnym, dobrowolnym.

W przypadku XVIII-tym wznieciliśmy poród przedwczesny, atoli nie wskutek wskazań ze strony serca, lecz ze względu na ogólnie ścieśnioną miednicę. Co się tyczy sposobu wzniecania porodu, to zwykle używamy w klinice rozszerzania szyi macicznej zapomocą setonu z gazy jodoformowej, po dostatecznem zaś rozwarciu gazą rozszerzamy zapomocą kolpeuryntera Brauna z obciążeniem. Sposób ten jest stanowczo pewny i stosunkowo dość szybko doprowadza do celu; w braku zatem środka lepszego jesteśmy z niego zupełnie zadowoleni.

Przed porodem, względnie z chwilą rozpoczęcia się porodu, podawałem chorej dawkę *trae strophanti;* wśród porodu zaś środki podniecające, jak wino, koniak, — w cięższych przypadkach robiłem użytek z wstrzykiwań podskórnych eteru lub oleju kamforowego. Chorą pozostawiało się ile możności w położeniu wpół siedzącem. W cięższych przypadkach bywały chwile podczas porodu, w których zdawało się, iż chora lada chwila zakończy życie; tętno znikało, sinica się potęgowała, chora nie mogła złapać tchu, a pomimo tego jednak terapia nasza pozostała zachowawczą. Z zasady autorów niemieckich „möglichst bald und möglichst schonend zu entbinden", (t. j. przy miednicy prawidłowej kleszcze, przy ścieśnionej obrót i ekstrakcya) — korzystaliśmy wówczas, jeśli z innej strony wystąpiło wskazanie do ukończenia porodu. W niektórych zaś cięższych przypadkach używaliśmy z dobrym skutkiem podczas bólów wygniatania płodu zapomocą opasek brzusznych lub sposobem Kristellera, wspierając i potęgując przez to siłę bólów porodowych. Postępując w ten sposób, skracaliśmy drugi okres porodu wprawdzie nie tak znacznie, jak zapomocą innych zabiegów, — nie narażaliśmy jednak chorej na bądźcobądź wcale nieobojętną nagłą zmianę w ciśnieniu krwi, powstającą skutkiem nagłego opróżnienia macicy. Z drugiej strony liczyć się również musimy z tem, iż każdy zabieg operacyjny wywołuje u chorej pewne podrażnienie psychiczne, czego również należy u tych osób unikać. Dlatego też pozostawialiśmy zawsze poród siłom natury — i nie starając się wcale o skrócenie fizyologicznego trwania pojedynczych okresów porodu, nie stwarzaliśmy nigdy nienaturalnych stosunków. Nie mogę pominąć milczeniem propozycyi Guérarda, który radzi na początku porodu wykonać forsowny obrót z następową ekstrakcyą. Wyniki, jakie osiągnął autor, przemawiają przekonywująco przeciw podobnym zabiegom: na pięć chorych, u których wykonał obrót i ekstrakcyę, stracił trzy; jedna bez polepszenia stanu, a jedna z wyzdrowieniem. Wedlug Fellnera na 8 obrotów, notowanych w piśmiennictwie, przypada 6 przypadków śmierci, jeden bez polepszenia, a jeden zakończony wyzdrowieniem. Dlatego stanowczo przestrzedz należy przed wykonywaniem podobnego zabiegu, gdyż szkodę tylko, a nie korzyść przynosimy chorej. W przypadku XXXIII-im, zmuszony ułożeniem poprzecznem płodu, wykonałem obrót z następową ekstrakcyą; — tuż po wykonaniu zabiegu nastąpił nadspodziewanie zgon. Jakkolwiek stan chorej, — jak to sekcya zwłok potwierdza, był beznadziejny, — to w każdym razie tak szybkiej katastrofy spodziewać się nie było można. Niewątpliwie zabieg ten skrócił dni jej życia.

W piśmiennictwie znajduje się opis dwóch przypadków cięcia cesarskiego, odpowiadającego najbardziej zasadzie niemieckich autorów „rasch und schonend". Przypadek pierwszy, zakończony śmiercią, opisał Schlayer. Drugi podobny, niedawno opisany, przypadek cięcia cesarskiego miał miejsce w klinice Schauty; objawy niedomogi były bardzo nieznaczne, a zabieg operacyjny został właściwie wykonany z powodu innych wskazań; — aczkolwiek wynik był pomyślny, to jednak przypadek ten najwymowniej przemawia przeciw temu zabiegowi; po wykonaniu jego bowiem wystąpiły groźne objawy niedomogi, nad którymi ledwie udało się zapanować. Zatem zabieg ten z powodu koniecznej głębokiej narkozy i z powodu nagłych zmian w ciśnieniu krwi nie może mieć tu zastósowania.

Również nie szliśmy nigdy za radą Philippsa, przyjętą przez wielu autorów, by w celu ulżenia chorej przebijać przedwcześnie pęcherz płodowy. Chwilowa ulga po odejściu wód płodowych, jakiej chora doznaje, przynosi nam w zamian nieprawidłowe warunki, zwiększoną pracę macicy, przedłużanie się okresu rozwierania ujścia i wybitniejsze odczuwanie bólów porodowych. Wszystkie te czynniki wpływają niekorzystnie na chore serce. Także nie korzystaliśmy nigdy z rady Olshausena, by w miarę przerzynania się płodu przez kanał rodny, powoli opuszczać na powłoki brzuszne worek, zawierający 4—5 kilogramów piasku, w celu przeciwdziałania opadającemu ciśnieniu w jamie brzusznej, jak to zwykliśmy czynić podczas wypuszczenia wielkiej ilości płynu wolnego w jamie brzusznej, chcąc uniknąć niedokrewności mózgu.

Teoretycznie rozumując, musimy przyjść do przekonania, iż idąc za radą Olshausena, utrudniamy wprawdzie do pewnego stopnia nagromadzenie się większej ilości krwi

w jamie brzusznej, — z drugiej jednak strony przepona wraz z sztucznie zapomocą worka z piaskiem stworzonemi powłokami brzusznemi działa energiczniej jako pompa ssąca. Działanie to odbija się przedewszystkiem na przedsionku prawym, gdyż większa ilość krwi do niego przypływa i stwarza warunki cięższe dla serca prawego, co właśnie, według teoryi Spiegelberga, jest wielce niekorzystne.

W okresie trzecim porodu zachowanie się nasze było zupełnie bierne, o ile inne okoliczności, jak: krwotok, itp. nie zmuszały nas do czynu. Przedewszystkiem zwrócić należy baczniejszą uwagę na ogólny stan chorej — i śledzić pilnie tętno; — w tym bowiem okresie łatwo występuje zapad. Zaraz na początku tego okresu należy podać w większej ilości środki podniecające, a w cięższych przypadkach zastosować podskórne wstrzykiwania eteru kamforowego. Nigdy nie robiliśmy użytku z wygniatania łożyska sposobem Credégo tuż po urodzeniu się płodu, jak to Jess, a za nim wielu autorów, radzi, — jeśli do tego nie zniewoliło nas krwawienie. Wygniatając bowiem łożysko, sprowadzamy znacznie wcześniej nagły spadek ciśnienia krwi, zanim jeszcze serce zdążyło zastosować się do poprzedzającego spadku ciśnienia po urodzeniu się płodu. Niektórzy autorowie radzą w ciężkich przypadkach, gdzie obrzęk płuc wystąpił, wykonać w tym okresie upust krwi, ażeby z powodu znacznego przekrwienia w układzie żylnym, ulżyć chwilowo w pracy prawemu sercu. Myśl ta znachodzi oddźwięk w naszych spostrzeżeniach, — a mianowicie, iż chore z niewyrównaną wadą serca znoszą stosunkowo z łatwością mierne krwotoki po porodzie.

W naszych przypadkach nie uciekaliśmy się do tego środka, w każdym jednak razie nie jest on pozbawiony teoretycznej podstawy, i w razie potrzeby możnaby się do niego uciec. (Dokończenie nastąpi).

IV **Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra Ludwika Rydygiera we Lwowie.**

O wynikach po operacyach doszczętnych przepuklin.

Podał

Dr. Feliks Hahn,
c. k. lekarz pułkowy przydzielony do kliniki.

(Ciąg dalszy).

Bassini obmyślił swoją metodę w r. 1884, ogłosił ją jednak dopiero w r. 1888, gdy się na 102 przypadkach przekonał o jej wartości i zaletach. Staurenghi[1]) tak opisuje technikę operacyjną: „Bassini odsłania powięź ścięgnistą mięśnia skośnego zewnętrznego odpowiednio do ułożenia przepukliny, przecina ją od pierścienia zewnętrznego aż do poziomu pierścienia wewnętrznego, *(Fig. I.)* uwalnia szyjkę worka z warstw składowych sznurka nasiennego i podwiązuje, względnie zaszywa ją na wysokości pierścienia wewnętrznego, a przeciąwszy ją zupełnie poprzecznie, zapuszcza podwiązany kikut do jamy brzusznej. Następnie odsunąwszy sznurek nasienny na bok, uwidocznia tylny brzeg więzadła Pouparta, pociągając ku dołowi za zewnętrzny płat rozcięgna i odpreparowuje na małej przestrzeni od otrzewnej ościennej trójdzielną warstwę, utworzoną przez mięsień skośny wewnętrzny, mięsień poprzeczny i powięź poprzeczną brzucha, o tyle, ażeby warstwa owa dokładnie i łatwo dociągnąć się dała do tylnego brzegu więzu Pouparta, zeszywa warstwę ową z tym więzem na przestrzeni 5—7 ctm., zaczynając na zewnątrz od guza biodrowo-łonowego *(tub. ileo-pubicum)* aż do owego miejsca, na którem sznurek nasienny zdąża ku jamie brzusznej *(Fig. II.)*. Teraz odprowadza się sznurek nasienny na

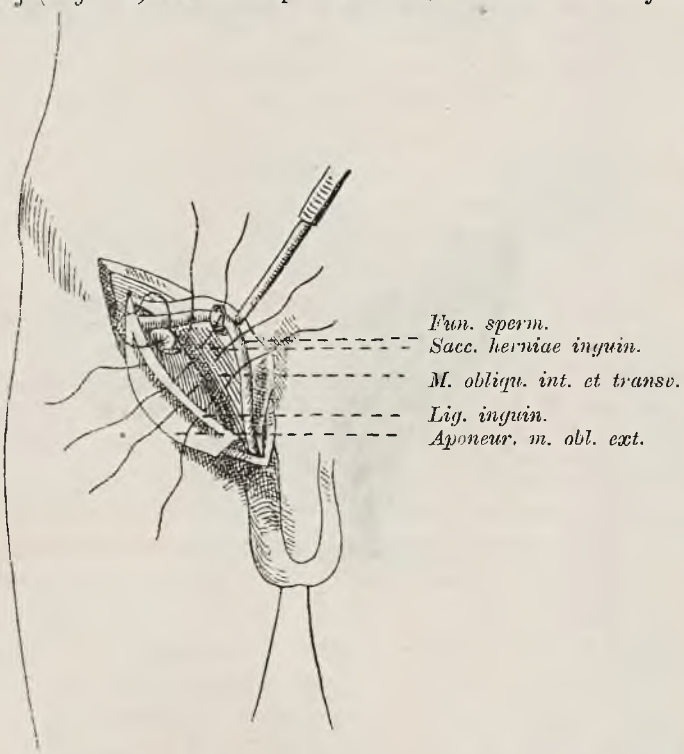


Fig. 1.

tak wytworzoną tylną ścianę przewodu pachwinowego, a ponad nim zeszywa powięź mięśnia skośnego zewnętrznego, pozostawiając u dołu taki tylko otwor, przez który przejśćby

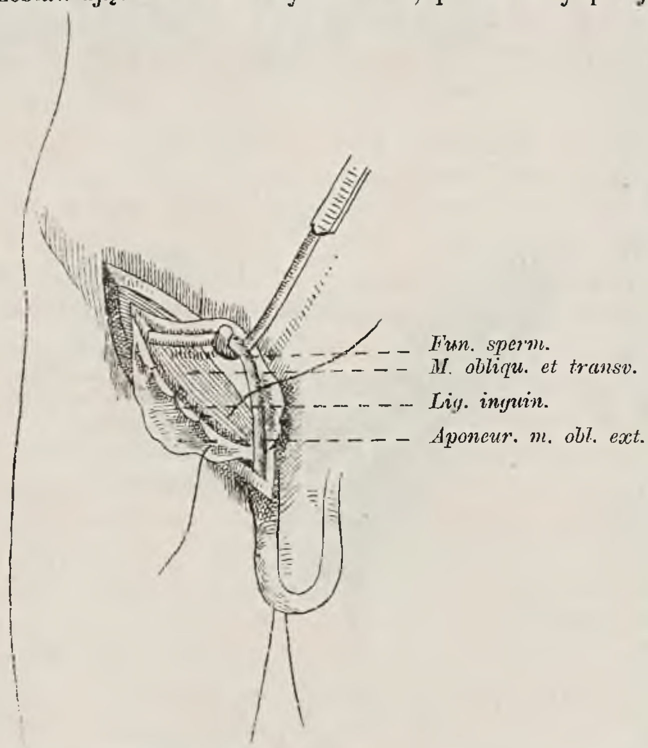


Fig. 2.

mógł sznurek nasienny, nie uległszy zaciśnięciu *(Fig. III.)*. Operacya kończy się zeszyciem skóry i względnie założeniem sączka.

W ten tedy sposób wytwarza się nowy niejako przewód pachwinowy, gdyż stwarza się na świeżo otwór wewnętrzny, czyli brzuszny, wytwarza się nową ścianę tylną, po-

zostaje jedynie stary otwór zewnętrzny, lecz i ten się zwęża. Ważniejszem jest jednak to, że temu świeżemu przewodowi nadajemy napowrót przebieg skośny tak, że podczas zwiększonego ucisku śródbrzusznego tylna ściana przewodu opierać się może o przodkową, a między niemi przebiega swo-

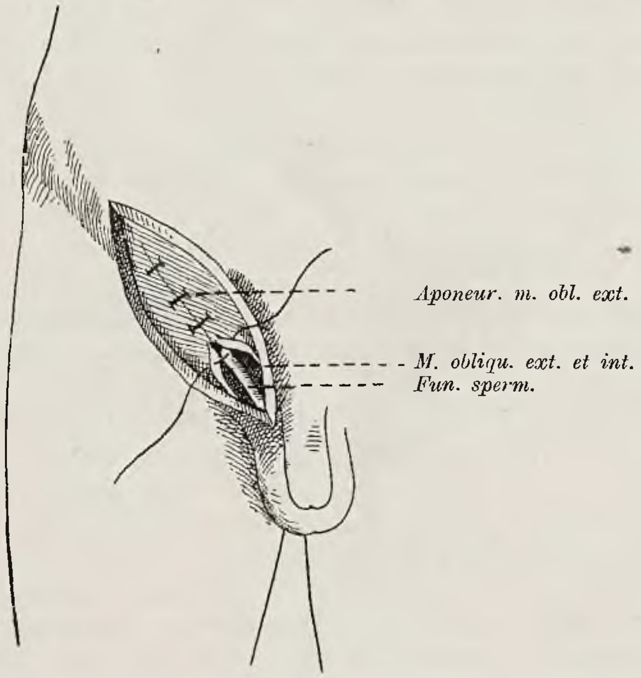


Fig. 3.

bodnie i z jamy brzusznej wychodzi na zewnątrz sznurek nasienny.

Metoda Bassiniego od czasu ogłoszenia uległa wielu modyfikacyom, wykonanym przez Wölflera, Franka, Brennera, Fowlera, Halsteda i Postempskiego. Z modyfikacyi tych opiszemy szczegółowo tylko tę ostatnią,

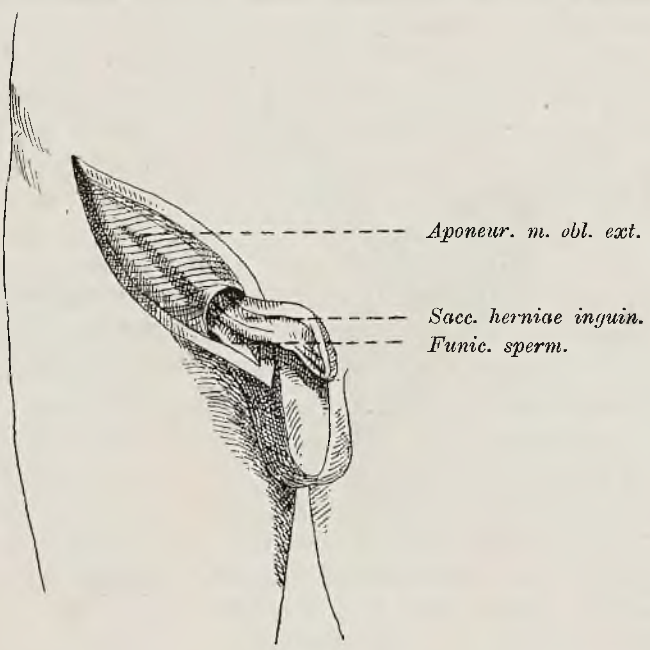


Fig. 4.

gdyż ta głównie bywa używaną w klinice Rydygiera. W metodzie Postempskiego, ogłoszonej w roku 1890, rozróżnić możemy cztery akty:

I. Cięcie skórne rozpoczyna się na wysokości górnego przodkowego kolca biodrowego, na 1—$1^1/_2$ ctm. na wewnątrz od niego, przebiega równolegle do więzu Pouparta, schodząc do granicy moszen. W ranie spostrzega się kilka poprzecznie przebiegających przez pole operacyjne żył, które należy przeciąć pomiędzy dwoma zasuwkami, a po przecięciu tkanki podskórnej odsłonić powięź m. skórnego zewnętrznego, jakoteż brzegi zewnętrznego otworu pachwinowego.

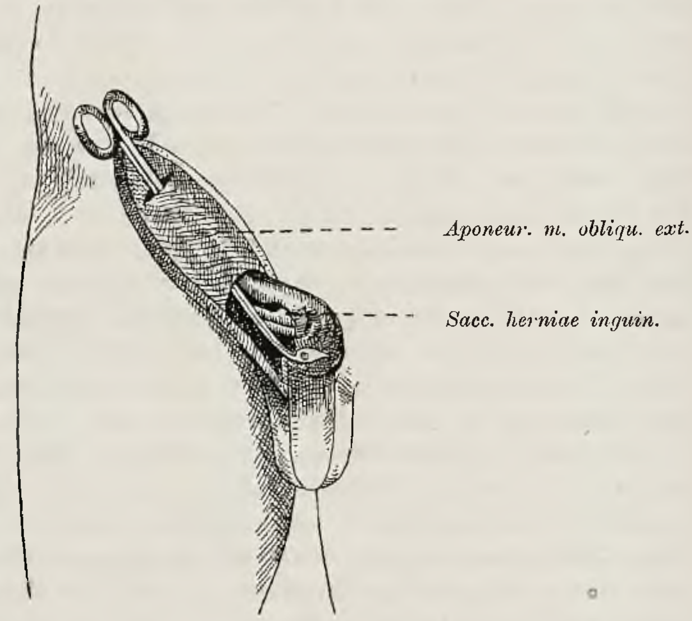


Fig. 5.

II. Odsłoniętą powięź przecina się w kierunku cięcia skórnego na przestrzeni kilku ctmtr., zaczynając od otworu zewnętrznego kanału pachwinowego, poczem przystępuje się do wyosobnienia worka przepuklinowego, szczególniej

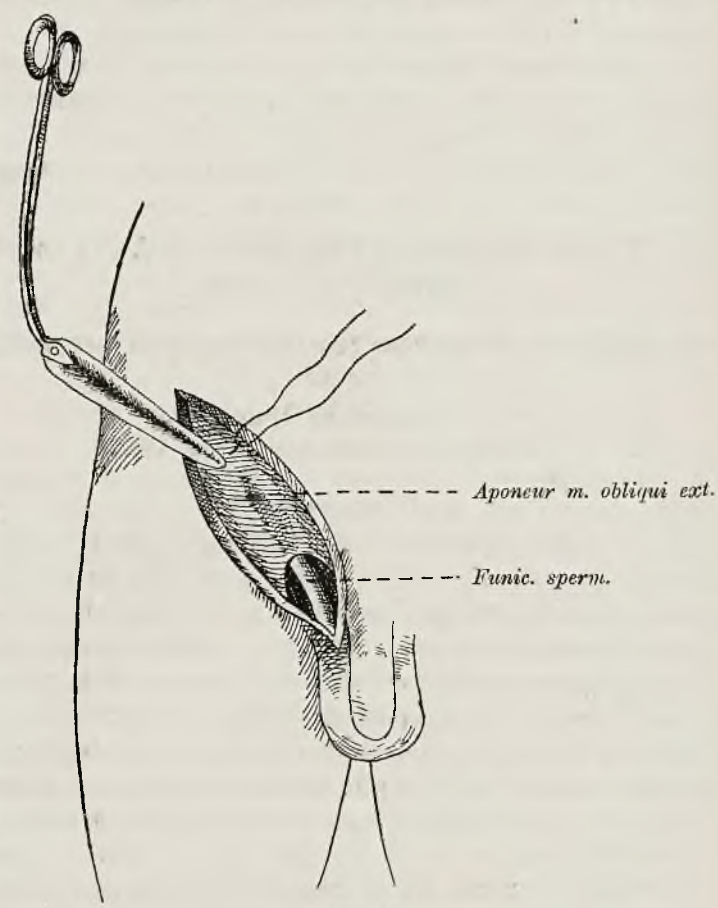


Fig. 6.

w okolicy szyjki, uwalniając go dokładnie od składników sznurka nasiennego, poczem zstępuje się w kierunku dna worka. W przypadku szczególnych trudności po wypreparowaniu samej szyjki możemy ją przeciąć poprzecznie pomiędzy dwoma podwiązkami, pozostawiając niewypreparo-

waną resztę w mosznach. Poprzednio po otworzeniu worka odprowadza się treść przepuklinową do jamy brzusznej (po ewentualnem rozdzieleniu zrostów); przyrośniętą sieć należy resekować. Uczyniwszy to, przecina się odsłoniętą warstwę mięśniową (m. skośny wewn., poprzeczny i powięź poprzeczna) w kierunku i na przestrzeni cięcia w powięzi, szyjkę worka podciąga się do górnego kąta rany i tu ją ostatecznie możliwie nizko przy pomocy igły Dechampsa przekłówa się i podwiązuje na obie strony. Obejrzawszy dokładnie miejsce przewiązania i bacząc na to, aby w podwiązkę wraz z workiem nie zachwycić jelita lub sieci, odcina się nożyczkami część obwodową worka, w odległości 1 ctm. od przewiązki. Na pozostawione dwa długie końce nitki przewiązki nawleka się igły i pod kontrolą palca przeprowadza je pomiędzy otrzewną ścienną a ściankami brzusznemi w kierunku ku górze i na wewnątrz od głównego cięcia rany. Po silnem zawęźleniu tych nitek na mięsnych ściankach brzucha, a e

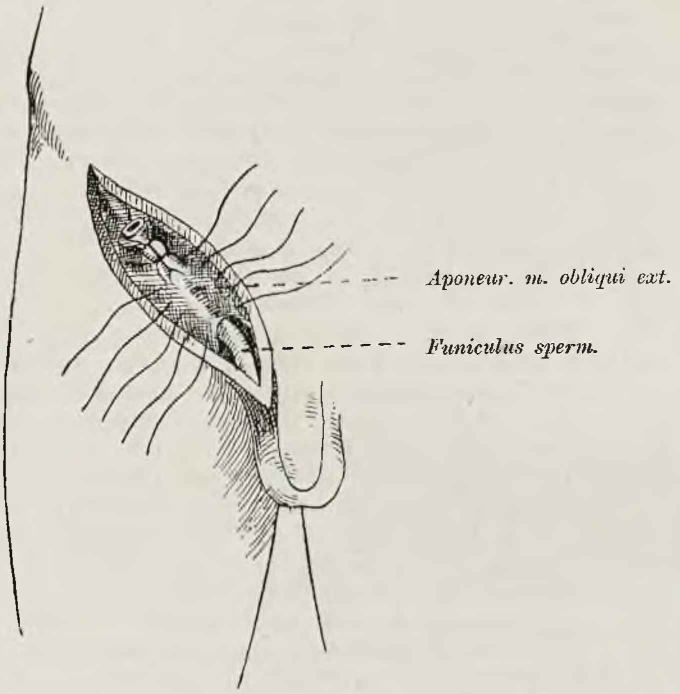


Fig. 7.

podskórnie, przeciąga się lejek otrzewnowy popod odporne i nienaruszone warstwy mięsne.

III. Podczas gdy asystujący tępym hakiem odciąga sznurek nasienny silnie ku górze i na wewnątrz zeszywa się pod nim przecięte mięśnie pod kontrolą lewego palca wskazującego. Szew rozpoczyna się tuż poniżej tego miejsca, przez które sznurek nasienny wychodzi z jamy brzusznej, nie obawiając się jego zaciśnięcia. Schodząc ku dołowi, zachwytujemy brzeg więzu Pouparta, a wreszcie okostną na kości łonowej. Osobnym, zwykle ciągłym szwem zeszywa się rozciętą powięź mięśnia skośnego zewnętrznego.

IV. Wreszcie odprowadza się sznurek nasienny na właściwe mu miejsce, a ponad nim zeszywa się skórę. Tylko w przypadkach, w których nie jesteśmy pewni aseptyki, zwłaszcza u osób z obfitą podściółką tłuszczową, wprowadza się w dolny kąt rany seton z gazy jodoformowej.

W klinice Rydygiera używa się do szwów wszystkich warstw wyłącznie katgutu różnej grubości.

Równie często, jak metoda wyżej opisana, używa się w naszej klinice sposób Kochera.

W r. 1892 zalecił Kocher swoją „mediale Verlagerungsmethode“ (I). Uwolniony worek przepuklinowy przeciąga się przez szczelinę w powięzi m. skośnego zewn., zrobioną nieco powyżej wewnętrznego otworu kanału pachwinowego. Przyczem należy worek przepuklinowy kilkakrotnie skręcić.

Ponieważ jednak następuje przytem dość często obumarcie worka przepuklinowego, metoda ta już w następnym roku (1893) uległa małej modyfikacyi (II), którą Kocher nazwał „laterale Verlagerung“ i tak ją sam opisuje: „Cięciem ponad całym kanałem pachwinowym, przedłużonem nieco w kierunku obwodowym, odsłaniamy powięź m. skośnego zewn. a po przecięciu osłonek sznurka nasiennego i worek przepuklinowy. Potem następuje znamienny i istotny akt naszego sposobu. Zabieg ten polega na tem, że w powięzi m. skośnego zewnętrznego, w miejscu położonem nieco na zewnątrz od obrączki pachwinowej tylnej, robimy otwór, przez otwór ten przebijamy resztę ściany przodkowej kanału pachwinowego za pomocą tępych kleszczyków, które w dalszym ciągu przeprowadzamy przez cały kanał pachwinowy poprzed sznurkiem nasiennym, aż je wreszcie wyprowadzimy na zewnątrz przez obrączkę kanału. Chwytamy teraz w kleszczyki wierzchołek wyosobnionego worka przepuklinowego i cofając kleszczyki wstecz, pociągamy też z całej siły worek, aż go wreszcie w całości przeciągniemy przez otwór zrobiony na samym początku operacyi w powięzi....“ „Worek przepuklinowy zmierza teraz wprost od tylnej obrączki pachwinowej w kierunku ku zewnątrz“. „Część worka przepuklinowego, znajdująca się wśród jamy brzusznej, obkłówamy igłą i mocno zawiązujemy nitką. Dodatkowo dorzucamy jeszcze drugi i trzeci szew i wreszcie odcinamy część obwodową worka. Następnie zapomocą głębokich szwów zmniejszamy i zwężamy kanał pachwinowy, schodząc możliwie nizko, przyczem chronimy sznurek nasienny, naciągając go ku dołowi i osłaniając palcem“.

W parę lat później zmodyfikował (III) Kocher i tę operacyę o tyle, że począł wynicowywać cały worek. Postępuje on w ten sposób, że po wyosobnieniu dokładnem worka, a zwłaszcza jego szyjki i to tak wysoko, jak to tylko możliwe, robi w powłokach brzusznych nieco ku górze i na zewnątrz od otworu wewnętrznego kanału pachwinowego rankę długą na 1 — $1^1/_2$ ctm. przechodzącą przez całą grubość powłok brzusznych, a więc i przez otrzewnę ścienną. Przez rankę tę wprowadza do jamy brzusznej a ztąd do worka przepuklinowego krzywą korncangę, chwyta nią od wewnątrz worka szczyt worka przepuklinowego i cofając, wydobywa wnicowany worek przez wspomnianą rankę na zewnątrz, aż powyraźne w każdym przypadku blizny na szyjce worka w okolicy wewnętrznego otworu kanału pachwinowego. Mocno podciągnąwszy worek, ustala go w rance kilkoma szwami zamykającymi równocześnie otwór otrzewnej ściennej i łączącymi brzegi mięsne ze sobą i wreszcie odcina część obwodową worka. Poczem następuje zwężenie kanału pachwinowego i szew skórny.

Ta ostatnia modyfikacya pierwotnej operacyi Kochera uległa w klinice Rydygiera dalszym zmianom. Po uwolnieniu worka chwytamy od zewnątrz dno jego w krzywe szczypczyki i wynicowując worek, wprowadzamy kleszczyki przez kanał pachwinowy do jamy otrzewnowej, trzymając się ściśle otrzewnej ściennej. Po odciągnięciu haczykiem górnego kąta rany w górę i na zewnątrz, przyciskamy

mocno koniec szczypczyków, w których trzymamy dno worka, do powłok brzusznych w miejscu położonem na parę ctmtrów na zewnątrz i ku górze od otworu wewnętrznego przewodu pachwinowego. Napięte na kleszczykach powłoki częściowo przecinamy, częściowo przebijamy na tępo, poczem postępujemy ściśle wedle zaleceń Kochera z tą jednak różnicą, że worek amputujemy w odległości $1^1/_2$ do 2 ctm. od miejsca wszycia w powłoki brzuszne i tak otrzymany kikut rozpościeramy na kształt gwiazdki lub rozetki, której obwód kilkoma szwami przymocowujemy do powięzi.

(Dok. nast.).

V. Oceny i sprawozdania.

Magnus Hugo. **Medizin und Religion in ihren gegenseitigen Beziehungen. Geschichtliche Untersuchungen.** *Breslau, J. U. Kern's Verlag (Max Müller).* 1902.

Magnus Hugo. **Metaphysische Krankenbehandlung. Medizin-geschichtliche Studien ueber Gesundbeten und verwandte Bestrebungen.** *Breslau, J. U. Kern's Verlag (Max Müller).* 1902.

Towarzystwo dla historyi medycyny, założone podczas ostatniego Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich w Hamburgu, zaczyna już dawać dodatnie znaki życia. Obok peryodycznie wychodzącego organu będą się pojawiały za jego staraniem prace z dziedziny historyi medycyny, których pierwszy zeszyt właśnie się ukazał. Jako pierwszą pracę obrało wydawnictwo rozprawę Magnusa: „O medycynie i religii i o wzajemnym ich do siebie stosunku“, — znanego już z wielu prac z zakresu historyi medycyny. Profesor Magnus stara się w bardzo poważny, lecz dla każdego przystępny sposób przedstawić genezę nici, łączących medycynę z religią, przeciwieństwa, jakie się z czasem między niemi wytworzyły i nareszcie tryumf nauk lekarskich, wyzwolonych z pod wszelkich wpływów tamujących.

Magnus uwzględnia osobno medycynę z czasów przedchrześciańskich, zastanawiając się nad stanem lecznictwa u Egipcyan, Izraelitów, Greków i Rzymian, a osobno tę, która się wytworzyła po wprowadzeniu chrześciaństwa. W pierwszej części stara się jak najdalej sięgnąć i rozwiązać sprawę pochodzenia nauk lekarskich i dochodzi do wniosku, że w fetyszyzmie, tem najniższem pojęciu religijnem, należy szukać początków naszej nauki tak, że fetyszyzm przedstawia się pierwotnie jako pierwszy łącznik pomiędzy medycyną a religią.

Najdawniejszym narodem, o którego przeszłości z najodleglejszych czasów jesteśmy jako tako poinformowani, są Egipcyanie, których pojęcia o kapłanie i lekarzu wprost się pokrywały, a świątynie stały się najwcześniejszemi przybytkami, przynoszącymi ulgę chorym. Świątynie te, przekazując potomności liczne stosunkowo zapiski pod formą wot, stanowiących najpierwotniejsze niejako biblioteki lekarskie, stały się dla nas obfitą kopalnią źródeł lekarskich.

Misterye, sypianie w świątyniach i ta okoliczność, że kapłani wynagrodzenia za porady nie przyjmowali, to były czynniki, które w najdawniejszych czasach najbardziej leczniczo działały i najwięcej zaufania do kapłanów-lekarzy budziły. W miarę dalszego trwania tych stosunków ujęli kapłani całe lecznictwo w swoje ręce i wprowadzili je w coraz to ściślejszy związek z kultem religijnym. Tak się rzeczy miały obok państwa egipskiego przedewszystkiem w państwie żydowskiem, które zaczęło także wglądać w życie domowe i normować stosunki higieniczne. W następstwie tego stali się kapłani pierwszymi przedstawicielami Eskulapa na ziemi, a świątynie najdawniejszymi przybytkami lecznictwa.

Stosunki te musiały się naturalnie zmienić gruntownie w miarę rozszerzania się chrześciaństwa. Kiedy od początku jego istnienia miłość bliźniego stanowiła najważniejszy bodziec do użyczania pomocy chorym, to mogło się szczególnie w siódmym i ósmym wieku zdawać, że działalność lecznicza duchowieństwa nie pozostanie bez tamującego wpływu na naszą naukę. Biblia i nauki kościoła miały rozwiązać dużo jeszcze naówczas ciemnych zagadnień leczniczych, co nie mogło się obejść bez tamowania do pewnego stopnia swobodnego badania i nauczania. Całą medycynę ujęto w ciasne ramy dogmatyzmu. Nie wolno było odstąpić ani na włos od nauki Hipokratesa, Dioskoridesa i Galena bez narażenia się na ekskomunikę. Dopiero ze wzrostem zamiłowania do nauk humanistycznych zaczęto powoli odstępować od dogmatyzmu, jaki religie wogóle narzuciły naszej nauce. Droga ta jednak nie była tak prostą i gładką, jakby się z tego krótkiego rysu zdawać mogło. Zmiana ta wymagała wieków całych, dla których charakterystyczne były nauki o opętaniu, leczenie za pomocą samych tylko modlitw, egzorcyzmów i t. d., które Magnus w zajmującej swej książce pięknie wyłuszcza i którym poświęca drugą, wyżej przytoczoną pracę.

Do metafizycznych sposobów leczenia zalicza on te, które się znajdują poza granicami naszego poznania, a istniały one od najdawniejszych aż do najnowszych czasów. Sypianie chorych w świątyniach, leczenie, jakie stosowali magowie w starożytnym Rzymie, a szczególnie pod wpływem aleksandryjskich sofistów, nie było niczem innem, jak metafizyką lekarską w najpierwotniejszej jej formie, która była w stanie leczyć nawet zwichnięte lub złamane kończyny. Młode chrześciaństwo sprzyjało początkowo tym metodom leczenia, którego pierwotna forma była trojakiego rodzaju, mianowicie modlitwy, egzorcyzmy i leczenie sympatyczne. Wszystkie te trzy formy miały, według ich przedstawicieli, posiadać podstawę w naukach Nowego testamentu: Wiara, oparta na miłości i litości, musi w logicznem następstwie przez gorące modlitwy usuwać wszelkiego rodzaju cierpienia; egzorcyzmy zaś odpowiadały ówczesnym pojęciom o chorobach umysłowych, które przecież bardzo nizko stały; wreszcie leczenie sympatyczne było tylko dalszym ciągiem tego znaczenia, jakie w świecie starożytnym przypisywano amuletom.

Poglądy te nadały wybitne piętno medycynie wieków średnich, a w historyi nowszej powstawanie chorób przypisywał działaniu dyabła nie kto inny, jak sam Luter. Z lekarzy siedemnastego wieku hołdował Robert Fludd w Londynie zapatrywaniu, że choroby sprowadzają czterej aniołowie, którzy się Panu Bogu sprzeniewierzyli, a jako najskuteczniejsze leczenie poleca gorące modlitwy.

Jak wiele innych poglądów leczniczych, tak i leczenie zapomocą samych tylko modlitw znowu wypłynęło na wierzch. Przyczynili się do tego dwaj amerykanie, zwalczający się zapamiętale nawzajem. Mrs. Eddy, przedstawicielka „nauki chrześciańskiej“ i zasady, że światem rządzi duch, którego cząstka tkwi w każdym człowieku i przedstawia najlepszą jego część, radzi wszelkie zboczenia od stanu prawidłowego usuwać za pomocą „koncentracyi“, oddając się w tym celu doświadczonej osobie. Drugi amerykanin John Alex. Dowie, przedstawiciel „powszechnego chrześciańskiego kościoła“, leczy w przeciwieństwie do oszukańczej „koncentracyi“ Mrs. Eddy, jedynie zapomocą modlitw. Jednę i drugą metodę leczenia uważa M. za powrót do dawno minionych wieków i przeciw nim występuje, nawołując zawczasu do czujności. *Dr. Lachs.*

VI. Wyciągi.

Dr. Jarl Hagelstam. **O przestankowem chromaniu.** (*Claudication intermittente Charcot*) — **jako objawie stwardnienia tętnic.** (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde* 1902, Band 20, 1. und 2. Heft). Jeszcze w roku 1858 zwrócił Charcot uwagę na zajmujący obraz chorobowy, nazwany przez niego „claudication intermittente“, a będący w ścisłym związku ze stwardnieniem tętnic. Podobne objawy spostrzegali już przed nim weterynarze (Bouley-Gonbaux u koni). Niedawno Erb spostrzeżenia Charcota po-

twierdził i własnymi dodatkami uzupełnił, proponując dla tej choroby nazwę: „dystasia intermittens angiosclerotica“.

Autor opisuje siedm przypadków tej choroby, spostrzeganych w części przez siebie, w części zaś przez kolegów.

Chorzy mężczyźni byli w wieku od 37—60 lat, pięciu było obciążonych dziedzicznie (ojcowie ich mieli pomrzeć w następstwie udaru mózgowego), wszyscy używali alkoholu i tytoniu, a kilku nawet nadużywało, kiłę tylko jeden przechodził.

Pierwszym objawem choroby było uczucie trętwienia, zimna i sztywności w kończynach dolnych, poczem dopiero występowały silne bóle w kończynie tak, że chorzy wśród drogi musieli stawać i wypoczywać na nodze zdrowej, poczem po kilku minutach ból przechodził. Wśród odpowiedniego leczenia w kierunku zwapnienia tętnic chorobowe te objawy ustępowały, by wnet znowu powrócić.

Badanie przedmiotowe wykazywało: mięśnie kończyny chorej wiotsze, kończyna chudsza. Palce zimne, sine, często w późniejszym okresie biało-żółtawe, trupie, a następnie przechodzące w zgorzel. Czucie elektryczne w jednym przypadku obniżono, zresztą czucie we wszystkich rodzajach w początkowym okresie choroby prawidłowe, jak również i odruchy. Tętnice grzbietowe stopy, tylna goleniowa — twarde, postronkowate, tętnienia albo nie wykazują zupełnie, albo bardzo słabe.

Zmian podobnych na kończynach górnych, jak to opisuje Wwedeński, autor nie spostrzegał.

Według badań Friedländera, Billrotha, Zöge-Manteufla i innych objawy te są spowodowane jużto pierwotnemi, jużto następowemi zmianami w tętnicach. Autor jednak jest zdania, że mamy tu do czynienia nietylko ze zwapnieniem tętnic, lecz nadto z następowemi zmianami w nerwach. Badania autorów francuskich, jak Pitres, Vaillard, Joffroy-Lamy, a w szczególności Łapińskiego, wykazują, że w małych tętnicach, zaopatrujących pnie nerwowe chorej kończyny, przychodzi również na tle miażdżycowem do zgrubienia i zwężenia światła, dalej do znacznego rozrostu tkanki łącznej śród- i około pni nerwowych (end-epineurium), co razem z obrzękiem musi wywołać znaczny ucisk na pnie nerwowe. Zmiany te nazwał trafnie Murawjew „sklerozą nerwów“.

Z spostrzeżeń swoich przypadków i na podstawie piśmiennictwa wyciąga autor następujące wnioski: choroba ta, objęta mianem przestankowego chromania, występuje prawie zawsze u mężczyzn (u kobiet spostrzegano dotąd jeden tylko przypadek — Erb), w wieku od 50—60 lat, choć nierzadko i wcześniej, głównie u ludzi zamieszkujących Rosyę, Polskę, wybrzeża Bałtyku i kraje o podobnym klimacie, np.: Finlandyę. Chorzy prawie wszyscy należą do klasy ludzi średnio zamożnych. Przeziębienia i przemoczenia, używanie przez dłuższy czas ciepłych kąpieli nożnych, nadużywanie jadła, napojów wyskokowych, tytoniu, skaza moczanowa, moczówka cukrowa i kiła grają ważną rolę, jako czynniki etyologiczne.

Rozmaite zatem przyczyny wywołują u osób z wrodzoną lub nabytą skłonnością do stwardnienia tętnic, prawdopodobnie drogą nerwów naczynioruchowych, te zmiany w naczyniach, które dają obraz „arteriitis obliterans“. Zmiany w naczyniach odżywiających nerwy wywołują ze swej strony przypadłości nerwowe i dokąd tylko zmiany te w nerwach są natury czynnościowej, przychodzi do objawów chromania przestankowego. Z chwilą, gdy zaczną występować zwyrodnienia włókien nerwowych, obraz chorobowy zmienia się, zjawiają się bóle stałe, zaburzenia w czuciu i zgorzel.

Dr. Stanisław Gólski (Kr. kl. ch. w.).

Docent Dr. Lud. Korczyński. **Wpływ przypraw korzennych na czynność wydzielniczą i ruchową żołądka.** (*Wiener klin. Wochenschrift* 1902, Nr. 18). Autor używał do doświadczeń papryki (0·1—1·0), imbiru (0·5—2·0), gorczycy (0·1 do 0·5), pieprzu (0·5—1·0), cebuli (12·0), czarnej rzodkwi (50,0). Przyprawy te podawał do spożycia przy próbie białkowej, lodowej i razem z obiadem próbnym Leubego. Następnie wydobywał treść ze żołądka i porównywał ją z tą, jaką wprzódo trzymał bez dodatku przypraw korzennych. Do doświadczeń użyto pięć osób: Nr. I osłabienie siły wydzielniczej (najwyższa kwasota treści żołądkowej 12); Nr. II prawidłowe wydzielanie (kw. 40); Nr. III nerwica żołądka (kw. 28); Nr. IV prawidłowe wydzielanie (kw. 43); Nr. V prawidłowe (kw. 42). W przypadku I po papryce spadała kwasota przy każdem doświadczeniu, natomiast ilość pozostającej miazgi pokarmowej stawała się mniejszą, niż bez papryki. W przypadku II po gorczycy wynik był zmienny; podczas gdy gorczyca przy próbie lodowej i białkowej kwasotę nieco podwyższała, to przy obiedzie próbnym ją obniżyła do połowy. W przypadku III po podaniu imbiru lub rzodkwi wykazały wszystkie próby mierne podwyższenie kwasoty, najmniej wybitne przy obiedzie próbnym. W przypadku IV po podaniu pieprzu wykazała próba lodowa i białkowa obniżenie kwasoty, obiad zaś próbny lekkie podniesienie. W przypadku V po spożyciu pieprzu, cebuli lub papryki wypadł stopień kwasoty we wszystkich próbach albo mniejszy, albo taki sam, jak bez podania korzeni.

Autor przypisuje podrażnieniu naczynioruchowemu główne działanie przypraw korzennych na wydzielanie, wskutek czego wydziela się większa ilość cieczy przesączynowej i rozcieńcza treść żołądkową. Autor wyprowadza następujące wnioski: działanie pojedynczych przypraw korzennych na wydzielanie nie jest jednakowe i jest także zależne od stanu żołądka. U osób z niedomogą wydzielniczą osłabiają one jeszcze więcej wydzielanie soku żołądkowego, dlatego autor nie radzi ich w takich przypadkach używać. Czynność ruchowa wzmaga się po podaniu przypraw korzennych, a jak autor przypuszcza, wskutek zwiększonej kurczliwości pierwocin w żołądku

W. J. (Kr. kl. w.).

Marx. **Znaczenie chininy w leczeniu ran.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1902, Nr. 16). Badania nad zawartością drobnoustrojów w krwi prawidłowej nasunęły autorowi myśl badania chininy pod względem jej bakteryobójczej własności. Doświadczenia robione na chlorku chininy wykazały, że zabija ono drobnoustroje: *b. pyocaneus* i **gronkowca złocistego w rozczynie alkoholowo-wodnym** 1%—2% w przeciągu 30—60 minut, zarodniki zaś wąglika w rozczynie 1,5—2% po 24 godzinach. Chinina zatem stałaby pod względem swej bakteryobójczej siły między karbolem, formaldehydem a sublimatem; działanie zaś jej na bakterye polega na zniesieniu czynnych ich objawów ruchowych, a w szczególności na wystąpieniu w nich aglutynacyi, wywoływanej już przez rozczyn 0,3—0,6% chininy. Oprócz tego posiada chinina własność wywoływania krzepnięcie krwi, jest więcej przetworem ściągającym, a jako taki tamującym krew. Tę własność tłómaczy autor aglutynacyą ciałek czerwonych krwi, występującą już w obecności 0,08% chininy. Na mocy tych własności przeciwgnilnych i ściągających poleca autor chininę w leczeniu ran, a nawet w tamowaniu krwotoków miąższowych, w stosunku: *Chinini hydr. 5,0 Spir. rectif. 15,0 na 500, o wody destyl.*, poleca zaś tem chętniej, iż przy stosowaniu tego leku nie nie widział dotychczas żadnego ujemnego działania ubocznego. Można nawet sporządzać gazę napuszczaną chininą, która ma nad jodoformową tę wyższość, iż jest bezwonną. *B. Żmigród.*

Ullmann. **Próby przeszczepienia nerki.** (*Wiener klin. Wochenschrift* 1902, Nr. 11). Po nieudałych próbach, robionych na świni, począł autor robić swe doświadczenia na psach, — a polegały one na tem, że nerkę w całości, a więc cały narząd, nie części jego, jak to inni autorowie robili, przeszczepiał u tego samego osobnika. Miejscem przeszczepienia nerki była początkowo okolica podpachwinowa, następnie szyja, gdyż przekonano się, iż rany zrobionej na szyi, nie mogą zwierzęta lizać i w ten sposób zanieczyszczać, co miało miejsce przy przeszczepieniu w okolicy żyły i tętnicy udowej. Autor odpreparowywał tętnicę dogłowową wspólną i żyłę szyjną, podwiązywał obwodowo, a dośrodkowy koniec chwytał szczypczykami, następnie w środku naczynia przecinał. Wyłuszczał potem nerkę, przyczem zabierał część moczowodu i naczynia krwionośne nerki bardzo blizko pni grubszych, spajał zapomocą rurki magnezyowej, wsuniętej w naczynia, a mającej na swej powierzchni drobne gwinty, żyłę szyjną z nerkową, podobnież i tętnice, nerkę wsuwał w jamę, wytworzoną w okolicy głównych naczyń szyi i zeszywał skórę nad nerką, pozostawiwszy tylko miejsce na moczowód. Robił to wszystko z wszelkiemi ostrożnościami tak pod względem aseptyki, jak i bacząc na warunki fizyologiczne nerki, by nie uległa przemianie. Wynik był zadziwiający: po pewnym czasie począł się wydzielać z moczowodu mocz. Tylko pięć dni można było wydzielanie się moczu spostrzegać, gdyż zwierzęta drapały okolicę rany, wskutek czego moczowód obrzmiewał i mocz wylewał się z rany, a nie z moczowodu. Próby te były już dawniej robione przez Exnera, jednakże bezskutecznie z powodu niemożności aseptycznego operowania. Jako zadanie na przyszłość postawił sobie autor przeszczepienie nerki jednego psa na drugiego, dalej jednego gatunku zwierząt na inny, nadto — co najważniejsze — rozstrzygnięcie zagadnienia, czy przeszczepione nerki zdołają prawidłowo funkcyonować, t. j. oczyszczać krew z krążących w niej jadów. *B. Żmigród*

Decastello. **O próbach przeszczepiania nerki.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 12). Z powodu pracy Ullmanna zwraca D. uwagę, iż przed więcej niż dwoma laty, nie wiedząc nic o tychże samych doświadczeniach Exnera, robił je w zakładzie patologii ogólnej Knolla. Po nieudałych próbach na królikach, przyczem używał do wywijania ścian naczyń krwionośnych, mających być spojonemi, swego przyrządu, przeszedł w końcu rok 1899 do doświadczeń nad psami i przeszczepił nerkę jednego psa na drugiego. Zwierzę żyło 90 godzin, skończyło na krwotok brzuszny, powstały z powodu rozluźnienia się obu żył spojonych. Mocz, otrzy-

many, w ilości 1200 ctm.[3] zawierał białko, wałeczki szkliste i ziarniste ale bez ciałek czerwonych krwi; trzy czwarte nerki były obumarłe. *B. Żmigród.*

Wenkebach. **O skutecznem leczeniu posoczniczego zapalenia wsierdzia.** (*Therapie der Gegenwart* Zeszyt 2, 1902). Z biegiem czasu i badań bakteryologicznych poznaną została prawdziwa istota zapalenia śródsierdzia, pologająca na wpływie drobnoustrojów, które w tych przypadkach prawie zawsze znaleziono bądź po śmierci w ziarninach lub wrzodach wsierdzia, bądź też za życia we krwi; główną rolę chorobotwórczą odgrywają *streptococcus, staphyloc., pneumoc., bact. coli, gonococcus* i inne. Jeśli do zapalenia śródsierdzia przystępuje zakażenie krwi, wtedy mamy obraz kliniczny złośliwego lub posoczniczego zapalenia śródsierdzia o nader niepomyślnem rokowaniu. Mimoto zdarzają się wyzdrowienia, zwłaszcza w postaciach lżejszych, w których przebieg jest zazwyczaj przewlekły, chociaż i tu trudno rozstrzygnąć, czy sprawa zapalna już znikła doszczętnie, i czy po jakimś czasie nie wybuchnie na nowo. Zależy to od wielkości i umiejscowienia się sprawy chorobowej w śródsierdziu; lecz i w tych przypadkach leczenie jest bezsilne. Tylko wtenczas mogłaby być mowa o skutecznem leczeniu, gdybyśmy potrafili wprowadzić w obieg krwi bez szkody lek przeciwgnilny, któryby zmniejszył ilość, lub zniszczył zawarte w śródsierdziu i z niego rozchodzące się drobnoustroje. Takim środkiem ma być *argentum colloidale*, Credégo, znany pod nazwą *collargolum*, który stosuje się zewnętrznie, wewnętrznie, i w wstrzykiwaniach w roczczynie 1—2%. W przypadkach przez autora w ten sposób leczonych wynik był zadawalniający: w jednym przypadku, gdzie ze krwi dał wyhodować *staphyloc. pyogen. albus*, po wstrzyknięciu do jednej z powierzchownych żył ramienia 12·5 mgr. 1% roczczynu kolargolu i w następnych dniach po 24—30 mgr., gorączka spadła, a gdy po krótkim czasie znów poszła w górę, ponowne wstrzyknięcia nietylko całkowicie usunęły gorączkę, lecz szmery i bicie serca ustąpiły i chory wyleczony opuścił klinikę. Podobny wynik był w drugim przypadku. Pożądanem byłoby, rozumuje autor, w takich beznadziejnych przypadkach zastosować jak najprędzej wyżej wymieniony, a dotychczas w swoich skutkach nieszkodliwy przetwór, a może należałoby go polecać nawet w zapaleniu wsierdzia w przebiegu ostrego gośćca. Prawdopodobnie nie srebro same, jak twierdzi Credé, lecz metale koloidalne posiadają właściwość podwyższania siły bakteryobójczej krwi.

Dr. J. Münzer (Lwów).

Hammerschlag. **O „atmokausis uteri“.** (*Die Therapie der Gegenwart*, Nr. 5, 1902). Stosowanie gorącej pary jako środka przyżegającego i tamującego krew, wprowadził pierwszy Sniegirew z Moskwy pod nazwą „vaporisatio“, a Pincus z Gdańska zrobił stosowny i dokładnie działający przyrząd i uzupełnił tę metodę do użytku w praktyce ginekologicznej, dając jej nazwę „atmokausis“ (ἀτμός — para). Naparzanie ma obok żrącego i tamującego krew, działanie znieczulające i niszczące drobnoustroje gnilne. H. stosował tę metodę (w klinice królewieckiej) od 3½ lat w 52 przypadkach; z tych 8 razy w celach naukowo-doświadczalnych tuż przed operacyą na kobietach, przeznaczonych z innego powodu do wycięcia macicy. Pozostałe 44 przypadków dotyczyły kobiet od 22—55 lat, z tych 31 razy naparzano z powodu zapalenia śródmacicznego, w 10-ciu przypadkach z powodu krwotoków w okresie przejściowym życia i trzy razy dla krwotoków z podsurowiczych i małych śródmiąższowych mięśniaków. Co do wyniku, to H. osiągnął w 35 przypadkach, które mógł później badać poraz wtóry, 26 razy stałe wyleczenie (75%), w czterech przypadkach nastąpiło polepszenie (11%), a pięć razy (14%) nie było żadnego skutku. Zważywszy atoli, że leczono parą szczególnie w przypadkach uporczywych, nie ustępujących przy stosowaniu innych metod leczenia (w 16-tu przypadkach poprzedzały bezowocne skrobania), należy uznać ten wynik za bardzo pomyślny. Po operacyi chora powinna pozostać w łóżku cztery do 10 dni, odpowiednio do nasilenia działalności pary w tym właśnie czasie strup zgorzelinowy się oddziela. Autor dochodzi wogóle do następujących wniosków: „atmokausis“ jast doświadczalnie i klinicznie wypróbowaną metodą leczenia i powinna być wykonywaną tylko przez specyalistów; operacya jest bezbolesna, usypianie niepotrzebne, a kurczliwość macicy musi być zachowana. Zawsze należy wprzód dokładnie rozszerzyć (rozszerzadła Hegara, lub też blaszkownica) i ochronić szyjkę maciczną. Wysoka ciepłota, stosowana przez krótki czas (115° przez 20″) działa więcej powierzchownie i nadaje się z tego powodu do leczenia, zwłaszcza młodych kobiet; niższa ciepłota, stosowana przez dłuższy czas (105° przez 1—1½′), działa niszcząco na całą błonę śluzową i nadaje się szczególnie do wywołania zupełnego zarośnięcia jamy macicznej. „Atmokausis“ można powtórzyć, lecz nie przed odnową błony śluzowej, t. j. mniejwięcej po czterech tygodniach.

Przeciwwskazania dla leczenia parą stanowią nieprawidłości w jamie macicznej (zgrubienia, guzy podśluzowe, resztki z poronienia) i sprawy zapalne w otoczeniu, a szczególnie w przydatkach macicy. Leczenie powinno być stałe, a nie przychodnie; należy też zwrócić uwagę na to, by nie powstały zwężenia i zrosty wewnętrznego ujścia macicznego.

„Atmokausis“ jest wyśmienitym środkiem w zapaleniu śródmacicznem i skutkuje często w takich przypadkach, w których inne metody nie odniosły żadnego skutku. Szczególnie poleca się leczenie parą w krwotokach poprzedzających zwrot płciowy i z powodu krwawiączki, będących nieraz cierpieniem arcyniebezpiecznem, a przy których zarośnięcie jamy macicznej często jest pożądane.

Co do mięśniaków, to wolno użyć „atmokausis“ przy mięśniakach podsurowiczych i małych śródmiąższowych, nie wypuklających jamy macicznej. Tylko z powodu najściślejszych, niejako przymusowych wskazań może „atmokausis“ służyć do wywołania sztucznej niepłodności przez zarośnięcie jamy macicznej. W otoku macicznym (*pyometra*) „atmokausis“ może dać dobre wyniki, natomiast spraw połogowych nie należy leczyć parą. Używania wrzącego gorąca (nie pary, „zestokausis“ od ζεστότης, wrzące gorąco) autor nie poleca.

Dr. J. Fels.

Dr. Hildebrand. **Spostrzeżenia nad ranami postrzałowemi z dział w wojnie z Boerami.** (*Archiv Langenbecka* 1902, Tom 65, Zeszyt IV). W świeżo zakończonej wojnie południowo-afrykańskiej zranienia pociskami z dział w porównaniu do postrzałów z broni ręcznej należą do rzadkich. Przeciętnie bowiem stanowiły 21·3%. Rozróżnić trzeba rany postrzałowe szrapnelami od postrzałów granatami. Pierwsze okazują wielką skłonność do ropienia, najprawdopodobniej wskutek znacznego zgniecenia brzegów rany. Ztąd też pochodzi prawdopodobnie znaczna skłonność tych ran do krwawień bezpośrednich i późnych. Drążące postrzały jamy brzusznej rzadko stanowiły przedmiot spostrzegania w szpitalach; najczęściej bowiem stają się przyczyną szybkiego zgonu na polu bitwy. Mniej groźnemi okazują się rany klatki piersiowej, choćby na przestrzał dziurawiące, podobnie jak i rany czaszki. Do najczęstszych zranień należą postrzały kończyn, połączone ze zgruchotaniem kości. Odłamki bywają wówczas długie, kończyste. W ogólności w porównaniu do postrzałów z broni ręcznej, zranienia szrapnelami goją się znacznie dłużej i każą gorzej rokować. Mimoto względnie często zdarza się, że pocisk wgaja się bez odczynu, zatem do operacyjnego wyjęcia przystępować należy, mając po temu ścisłe wskazania.

Rodzaj i rozległość zranień, wywołanych wybuchającym granatem, zależą od rozmaitych okoliczności towarzyszących. Sam jednak wybuch granatu, bez poprzedniego zranienia, stać się może powodem ciężkiego okaleczenia, a nawet śmierci. Zabójczo działa tu zagęszczające się nagle powietrze. Zranienia zaś, wywołane czerepami granatu, mogą być niekiedy przerażające. U jednego n. p. żołnierza Boerów stwierdzono, że lewe udo zmiażdżonem zostało na atomy, prawe wyłuszczone w stawie biodrowym, prawa kość ramieniowa i łokciowa starte na proch i klatka piersiowa po tejże stronie zmiażdżona przez wtłoczone w nią ramię. Nawet jednak przy małych zranieniach granatem rokować trzeba poważnie; rany te bowiem bywają zwykle bardzo zanieczyszczone np. ziemią i ztąd po tych zranieniach spostrzegano częściej tężec. *Herman.*

Wirsaładze. **Wpływ podrażnienia kory mózgowej na wydzielanie żółci.** (*Obozrenije psychiatryi* 1901, listopad). W. podwiązywał u psów po otwarciu jamy brzusznej przewód pęcherzykowy (*ductus cysticus*), i zakładał przetokę żółciową, wskutek czego żółć przez kaniulkę, wprowadzoną do przewodu żółciowego wspólnego (*ductus chledochus*) przedostawała się na zewnątrz. Po dwóch dniach autor wykonywał trepanacyę czaszki i następnie drażnił różne miejsca kory mózgowej w okolicy ośrodków ruchowych. Ilość żółci oznaczał przed, w czasie i po drażnieniu. Doświadczenia te wykazały obecność w przedniej części zakrętu esowatego (*gyri sigmoidei*) ognisko, którego podrażnienie wywoływało stale wzmożenie wydzielania się żółci; drażnienie tylnej części zakrętu esowatego nie wywierało żadnego wpływu na wydzielanie żółci.

Witold Orłowski.

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Nadnercze i jego preparaty. (*Merck*, *Bericht über das Jahr 1901*). Usiłowanie wyosobnienia istoty działającej nadnercza trwają ciągle. Otrzymana w ostatnich czasach „adrenalina“, pokrewna z „epinefryną“ Abela, jest ciałem krystalicznem, o oddziaływaniu słabo alkalicznem; łatwo rozpuszcza się w wodzie ciepłej, zasadach i kwasach; z kwasami tworzy sole. Siła działania „adre-

naliny“ jest bardzo znaczna: 0,000001 grm. na kilogr. wagi ciała wystarcza, aby znacznie podnieść parcie krwi. Badania Reicherta (Med. Bulletin 1901, kwiecień) wykazały wpływ adrenaliny na układ oddechowy, naczyniowy, na ciepłotę ciała i przemianę materyi, jak również skuteczność jej w zatruciu makowcem i morfiną, w zaburzeniach krążenia i zapadzie w przebiegu uśpienia chirurgicznego. Fletscher Ingals zaleca adrenalinę w formie rozpylania płynu (1: 5000), lub proszku (1: 2500—5000 cukru mlecznego) w ostrych zapaleniach jamy nosowej.

Nowe, pod względem fizyologicznym zajmujące spostrzeżenia o działaniu nadnercza i jego wyciągów zawdzięczamy badaniom Pala (Sem. medic. 1901, Nr. 44), Lewandowskyego (Centralblatt f. Physiol. 1900, Nr. 17) i Schäfera (Brit. Med. Journal 1901, Nr. 2104). Badania te dotyczą przeważnie działania nadnercza na mięśnie gładkie, zwłaszcza na umięśnienie macicy, co nadaje wyciągowi nadnercza zastosowanie praktyczne w krwotokach macicznych. Najlepiej wstrzykiwać na gorąco do macicy odwar z 2 grm. nadnercza na 560 wody, przyczem można dodać również 4 grm. chlorku wapniowego. W przypadkach „shoku“, znacznej utraty krwi, a szczególniej ustania czynności serca w uśpieniu chirurgicznem bardzo skuteczne są wstrzykiwania przesączonego odwaru nadnercza (0·3 i 30·0 wody) do żył, a w razie konieczności — do serca. Według spostrzeżeń Bluma wstrzykiwanie podskórne wyciągu nadnercza wywołuje u wielu gatunków zwierząt cukromocz. Renworthy (Medical Record Vol. 59, Nr. 11) poleca dalej nadnercze, jako niezawodny środek przeciw krwotokom płucnym (0·2 grm. co pół godziny, później co dwie godziny wewnętrznie). W krwotokach gruczołu krokowego należy stosować nadnercze wewnętrznie po 0·30 dwa razy dziennie, a oprócz tego miejscowo zapomocą elastycznego cewnika kilka kropel 12% rozczynu wyciągu z nadnercza. Munro osiągnął znakomite wyniki w trądziku, pędzlując rozczynem wyciągu nadnercza (0·3: 4·0 wody) przy równoczesnem podawaniu 2—4 dziennie kołaczyków z nadnercza po 0·3 grm. W krwotokach żołądka i jelit skutecznie ma działać odwar z 1·25 grm. nadnercza na 300 wody; w razie potrzeby można dawkę tę po dwóch godzinach powtórzyć. Według nowszych badań nie posiada nadnercze swoistego działania leczniczego przeciw krzywicy. Pomyślne wyniki, jakie niektórzy badacze stwierdzili, należy przypisać ogólnemu dodatniemu wpływowi na odżywienie. *Dr. T. Ż.*

Natrium bisulfuricum. (*E. Merck, Bericht über das Jahr 1901*). Tworzy bezbarwne kryształy w wodzie łatwo rozpuszczalne. Preparat ten stanowi według Paskera i Rideala (British Medical Journal 1901, 2 styczeń) najlepszy środek przeciw niebezpieczeństwu nabycia duru przez picie zepsutej wody. Używa się w Anglii dla wojska, stojącego w polu. Żołnierze przed marszem otrzymują przetwór ten w formie łatwo rozpuszczalnych pastylek, zawierających 0·3 dwusiarczanu. Nadaje wodzie smak kwaskowaty, uśmierzający pragnienie; w braku wody można pastylkę w ustach rozpuścić, co również przyczynia się do zmniejszenia pragnienia; 1 grm. = 4 halerze. *Dr. T. Ż.*

VIII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 16 maja 1902 r.

Przewodniczący kol. Sołowij — obecnych członków 33.

1. Kol. Herman przedstawił chorego 40-letniego, który zgłosił się do kliniki chirurgicznej z przypadłościami żołądkowemi. Badanie wykazało guz chełboczący, o ścianach napiętych, usadowiony poniżej dołka podsercowego i nieco ku stronie prawej. Wydęcie żołądka wykazało, że guz umieszczony jest poza żołądkiem i nie pozostaje w żadnym związku z wątrobą. Chemizm i mechanizm żołądka prawidłowe. Guz podczas wydechu odbniża się i okazuje wogóle pewną ruchomość. Pomimo tego ostatniego objawu rozpoznano torbiel trzustki. Operacya potwierdziła rozpoznanie. Torbiel nacięto i wszyto w powłoki brzuszne. Chory wyzdrowiał.

2) Chory 30-letni. Mięsak goleni w pobliżu nasady górnej. Mikroskopowo stwierdzono mięsaka olbrzymiokomórkowego. Wycięto górną $^1/_3$ część kości goleniowej, a kość strzałkową wszczepiono pomiędzy kłykcie kości udowej. Obecnie chory chodzi na sztywnej kończynie, opatrzonej tutorem.

Dyskusya: kol. Rydygier podnosi, że ostatni przypadek jest ciekawy z trzech względów: naprzód nowotwory goleni dają często powód do pomyłek rozpoznawczych. Powtóre u tego chorego dał się nowotwór usunąć bez amputacyi, a wreszcie już jest miesiąc od operacyi, a nawrotu jeszcze niema. Za przykładem Hahna dała się strzałka wszczepić w kość udową tak, że nie ma znaczniejszego skrócenia. Kol Wehr uważa tego rodzaju przypadki za trudne pod względem rozpoznawczym. Ma w praktyce 2 takie przypadki po 5 i 6 lat bez nawrotu.

Kol. Przewodniczący oznajmia, że kol. Rożański darował Towarzystwu 2 portrety: królowej Jadwigi i Kazimierza Wielkiego, za który to dar wyraża serdeczną podziękę ofiarodawcy.

Zamiast wieńca na trumny zmarłych kolegów: śp. Pawlikowskiego i Kubickiego zarządził kol. przewodniczący składkę na fundusz wdów i sierót po lekarzach. Zebrano 36 koron 70 h.

II. Kol. Gluziński wygłosił rzecz: »O symptomatologii tętniaka tętnicy głównej«.

Dyskusya: kol. Ziembicki opisuje przypadek operacyjnego leczenia tętniaka przez Tuffiera. Przypadek ten zakończył się śmiertelnie. Kol. Szymański potwierdza z swej praktyki objawy tętniaka, jakie podał kol. Gluziński. Kol. Wehr sądzi, że leczenie operacyjne tętniaków ma przyszłość w tych przypadkach, gdzie ściany tętnicy nie są zbyt zmienione.

III. Kol. Gluziński przedstawia 2 chorych z zesztywnieniem kręgosłupa.

Dyskusya: kol. Ziembicki zwraca uwagę, że w obydwu przypadkach istnieje zgięcie (fleksya) w stanie biodrowym, które może wprawdzie być następstwem zmian zapalnych, ale w danych przypadkach zdaje się być następstwem napięcia mięśni, co możnaby stwierdzić w uśpieniu.

Kol. Prus zgadza się z zapatrywaniem prelegenta i sądzi, że zesztywnienie kręgosłupa jest jedną z form zniekształtniającego zapalenia stawów *(arthritis deformans)*. Pod względem leczniczym należałoby u tych chorych starać się o wzmożenie przemiany materyi.

IV. Kol. Prus przedstawił chorą z porażeniem histerycznem kończyny górnej prawej. *Dr. Ruff*, sekretarz.

Posiedzenie naukowe dnia 28. maja 1902 r.

Przewodniczący: kol. Sołowij.

Obecnych członków 26.

I. Kol. przewodniczący odczytuje treść telegramu wysłanego imieniem Tow. lek. lwow. do Krakowa ku uczczeniu jubileuszu kol. Kwaśnickiego, co obecni z zadowoleniem przyjmują do wiadomości.

II. Kol. Ziembicki Witold: »O wpływie miesiączkowania na czynność żołądka« (Rzecz przeznaczona do druku).

III. Kol. Lickendorf: »O objawach hipnozy i metodach hipnotyzowania«.

Prelegent w wykładzie swoim omawiał różne sposoby hipnotyzowania i podniósł, że metoda nantejska jest najlepszą, gdyż klienci hipnotyzowani tą metodą śpią spokojnie, mają oddech i tętno regularne i są wolni od różnych przypadłości nerwowych, które przy stosowaniu metody Braida czasami występują, jakoto: ból głowy, ciężki oddech, nieregularne tętno, kurcze pojedynczych mięśni u osób nerwowych. Wykazał następnie na 3 zahipnotyzowanych osobach, że zapomocą werbalnej sugestyi można często wywołać cały szereg objawów hipnotycznych, jakoto: osłupienie (katalepsya), bezbolesność (analgezya), i pohipnotyczne zjawiska. Wspomniał, że sugestywnie można w hipnozie wpłynąć na czynność różnych narządów, nawet na czynność niektórych narządów, wykonujących swe działanie mimowolne n. p. na przewód pokarmowy. Podstawą tego działania jest *suggestibilitas*, czyli zwiększona wrażliwość hipnotycznych na sugestye, którą zresztą mieć mogą niektóre wrażliwe osoby w stanie czujnym, jak to pokazało się u klienta Zięcika. Również wspomniał prelegent, że tam, gdzie terapeutyczna sugestya w stanie trzeźwym nie działa, to można uzyskać to działanie zapomocą hipnozy, można uzyskać niekiedy zadziwiające wyniki terapeutyczne w chorobach nerwowych, polegających na zaburzeniach czynnościowych. Wreszcie, powołując się na doświadczenia długoletnie Liebaulta, prof. Bernheima, Wetterstrauda i innych twierdzi, że hipnoza wywołana podług wszelkich prawideł przez lekarza, mającego w tym kierunku rutynę, nie może zdrowiu ludzkiemu wyrządzić żadnej krzywdy. *Dr. Ruff*, sekretarz.

Posiedzenie naukowe dnia 6. czerwca 1902 r.

Przewodniczący: kol. Sołowij — obecnych członków 34.

1. Kol. Beck omówił zasady fizykalne projekcyi stereoskopowej i na licznych obrazach świetlnych przedstawił rozmaite zjawiska fizyologiczne.

2. Kol. Sieradzki przedstawił za pomocą przyrządu projekcyjnego widma barwika krwi i jego pochodnych istot, wyjaśniając sądowo-lekarskie znaczenie tych badań.

Dyskusyi nie było. *Dr. Ruff*, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 4. czerwca 1902.

Przewodniczący kol. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący zawiadamia, że wysłał telegram gratulacyjny do Dr. Szumana w Toruniu z okazyi jubileuszu 25-letniej jego działalności lekarskiej.

III. Kol. Przewod. zawiadamia, że kol. Redaktor Kwaśnicki z okazyi swego jubileuszu złożył 300 koron na fundusz budowy domu Towarzystwa lekarskiego.

W dalszym ciągu przystąpiono do porządku dziennego:

Kol. Kader omawia formę kamicy żółciowej, występującą bez żółtaczki i kolki wątrobowej, przedstawiającej nieraz wielkie trudności rozpoznawcze. W ostatnich czasach operował cztery przypadki tego rodzaju, wszystkie zakończono pomyślnie. (Szczegółowa praca wyjdzie wkrótce w »Przeglądzie lekarskim«).

Dalej przedstawił prelegent 27-letnią pacyentkę, u której dokonał wyjęcia nerki prawej, a to z powodu zmian gruźliczych; — następnie chorego dorosłego z przykurczeniami kolanowemi w następstwie przebytej gruźlicy stawów; — potem przypadek pierwotnego porażenia dziecięcego, w którym zastosowano plastykę ścięgen z bardzo dobrym wynikiem; pacyent nigdy nie chodził, obecnie chodzi przy pomocy laski, — wreszcie przypadek zwężenia żołądka wskutek blizny po wrzodzie okrągłym, gdzie w miejscu zwężenia wykonano szeroką gastroenteroanastomozę. Pacyentka opuszcza klinikę uleczona.

Na zakończenie demonstruje kol. Kader preparat uzyskany przy autopsyi z pacyenta, operowanego z powodu kamienia w cewce moczowej, który spowodował następowe zwężenie cewki, będące znowu przyczyną wstępującego zapalenia pęcherza moczowego, urreterów i miedniczek nerkowych, co ostatecznie spowodowało śmierć pacyenta.

Kol. Klęsk przedstawia chorego, u którego profesor Kader wykonał szeroką trepanacyę czaszki z powodu raka skóry głowy, przechodzącego na kość i oponę twardą.

Mózg wypadł i w okolicy sfery ruchomej obumarł. Ubytek odpowiadał wielkości kurzego jaja. Powstałe stąd porażenie połowicze w krótkim czasie ustąpiło. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusya: Kol. Spira: Zaburzenia mowy w ostatnim przypadku były oczywiście natury ruchowej. Nie pochodziły one jednak ze zmian ogniskowych organicznych, za czem przemawia szybka poprawa, lecz prawdopodobnie z ucisku, z przekrwienia, albo z obrzęku ubocznego odpowiedniego miejsca. W takim razie mógłby być zajęty albo ośrodek ruchowy mowy (Broca) w 3-cim zwoju czołowym, albo też zakończenie nerwów: błędnego, twarzowego, językogardłowego w sferze ruchowej, zaopatrujących mięśnie narządów artykulacyjnych. Otóż w pierwszym razie zaburzenia mowy musiałyby pojawiać się w postaci afazyi ruchowej (motorycznej), czyli afazyi ataktycznej Kussmaula *(Hörstumeheit)* spowodowanej zajęciem ruchowego ośrodka mowy. Jeżeliby zaś utrudnienie mowy zależało od porażenia zakończeń korowych nerwów mięśni artykulacyjnych, wtenczas musiałyby wystąpić więcej objawy anartryi lub dysartryi, tem więcej, że porażenie tyczyło się tylko jednej półkuli. Kol. Spira zapytuje, czy spostrzegane objawy zaburzenia mowy w tym przypadku dały jakieś wskazówki dla rozstrzygnięcia tej kwestyi, mianowicie od czego one zależały? Jeżeli zaś badanie wykazało, że sprawa dotyczyła nie zakłócenia artykulacyi, lecz niemoty ruchowej, co jest więcej prawdopodobnem, zachodzi pytanie, czy była to afazya korowa, podkorowa lub pozakorowa, co zapomocą stosownego badania dałoby się rozróżnić, zależnie od możności pisania, czytania, powtarzania, albo podawania liczby zgłosek danego wyrazu.

Niektórzy autorowie, jak Charcot, Pitres przyjmują osobny ośrodek dla ruchów pisania wogóle i to w średnim zwoju czołowym lewym, u mańkutów zaś w prawym; podczas gdy inni, jak Wernicke, utrzymują, że osobnego ośrodka dla pisania niema, lecz funkcya ta leży w ogólnej sferze ruchowej około *sulcus centralis*, w części oznaczonej dla ruchów prawej ręki w ogóle. Otóż w przypadku przedstawionym ramię prawe było porażone. Jeżeli więc była agrafia i to zależna tylko od tego porażenia, przy niedotknięciu właściwego przypuszczalnego ośrodka dla pisania, chory byłby w stanie pisać ręką lewą, nogą i t. p. Jeżeli zaś ewentualna niezdolność do pisania była spowodowana zajęciem dotyczącego osobnego ośrodka dla ruchów potrzebnych przy pisaniu, wtedy pisanie byłoby absolutnie niemożebnem. Badaniem tego chorego w wskazanym kierunku dałoby się może zyskać ważne wskazówki dla wyjaśnienia sprzecznego zagadnienia siedziby i istnienia tego ośrodka. *(Streszczenie własne)*.

Kol. Kader wyjaśnia, że pismo było badane i że stwierdzono pewnego rodzaju ataksyę.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 10 lipca.

* XII-ty Zjazd chirurgów polskich rozpoczyna w poniedziałek swoje posiedzenia. Zjazdy te już dawno przebyły okres prób i ustalań się, a stały się dziś warunkiem i czynnikiem pracy dla chirurgów polskich. Rekapitulacya tego, co umysł ludzki w ciągu roku ubiegłego przysporzył w zakresie chirurgii, kontrola i krytyka osobista nabytków w technice i nauce chirurgicznej, wreszcie trzymanie się na powierzchni w wartkim prądzie postępu tak ważnej gałęzi medycyny, to są hasła, wypowiedziane przed dwunastu laty, które dają tej instytucyi życiodajną i płodną siłę.

Życzymy Zjazdowi chirurgów polskich obfitego plonu z jego wytrwałej i rozumnej pracy.

* D. 7 b. m. rozpoczął się I-szy kurs dla lekarzy, zorganizowany przez grono profesorskie Uniw. Jagiellońskiego. Jak ta instytucya była potrzebną, świadczy bardzo pokaźna liczba wpisanych na kurs, z których znaczna część przybyła z oddalonych i nawet bardzo oddalonych miejscowości. Zatem sprawa istnienia kursów dla lekarzy przy krak. Wydziale lekarskim, została pomyślnie i ostatecznie rozstrzygniętą.

* *Z Sejmu.* Na posiedzeniu d. 4 lipca polecił W. Sejm Wydziałowi krajowemu budowę pawilonu izolacyjnego przy szpitalu św. Łazarza w Krakowie, kosztem najwyżej 60.000 koron. Charakter powszechnych i publicznych otrzymały szpitale w Gorlicach i Krośnie. Sejm uchwalił pomnożenie liczby okręgów sanitarnych o 10 w ciągu roku bieżącego.

* Lekarze okręgowi rozesłali posłom obecnie obradującego Sejmu galicyjskiego memoryał w sprawie petycyj, wniesionych na ręce Wydziału krajowego w grudniu 1900 r. Lekarze z zupełną słusznością domagają się przyznania t. zw. pięciolеci, emerytur, pensyj wdowich i sierocych. Wątpić nie można, że W. Sejm uczyni zadość usprawiedliwionym żądaniom lekarzy okręgowych, zwłaszcza, że biorąc na siebie znaczną część funduszu emerytalnego, lekarze okręgowi usiłują nie obciążać skarbu krajowego.

* W miesiącu bieżącym dwóch mężów zasłużonych w społeczeństwie i zawodzie lekarskim obchodzą jubileusz 50-tej rocznicy otrzymania dyplomu lekarskiego: Antoni Estrejcher z Warszawy i Jan Metzger z Tarnowa. Czcigodnym jubilatom przesyłamy szczere życzenia dalszego trwania w czerstwem zdrowiu dla pożytku społeczeństwa i wzniosłego przykładu dla młodszych.

* Statystyczne spostrzeżenia śmiertelności z gruźlicy, oraz statystyczne wykazy używania wyskoku, dowodzą przyczynowego związku między tą śmiertelnością a alkoholizmem. W ostatniem dwudziestoleciu śmiertelność z gruźlicy obniżyła się we wszystkich prawie państwach europejskich z wyjątkiem Francyi, Włoch i Węgier. Podczas gdy w Anglii śmiertelność z gruźlicy zmniejszyła się o 440 na milion, a w Niemczech o 1,015, to we Francyi zwiększyła się o 680, na Węgrzech o 297, a we Włoszech o 145 na milion. Podług badań Baudrana największa śmiertelność z gruźlicy okazała się w tych francuzkich departamentach, w których stwierdzono największą konsumpcyę alkoholu; do tych samych wyników doszedł Lavarenne w swoich porównawczych studych w tym kierunku u rozmaitych narodów.

* Tegoroczne Zgromadzenie okulistów niemieckich odbędzie się w Heidelbergu od 4 do 6 sierpnia.

* Jak ściśle wypełnia się w Holandyi obowiązek przestrzegania kartą na drzwiach o przypadku choroby zakaźnej w mieszkaniu dowodzi choroba królowej Wilhelminy: do tej pory widnieje na murze papier.

ostrzegający o przypadku duru w zamku i nie będzie usunięty, aż po wykonaniu prawem przepisanej desinfekcyi.

* Wojskowe Towarzystwo ubezpieczeń na życie w Niemczech, w którem ubezpieczeni są wszyscy oficerowie armii lądowej i marynarze, ogłosiło wykaz śmiertelności w wojsku niemieckiem za r. 1901. Na 297 przypadków śmierci przypada 29 samobójstw, 4 morderstw; 9-ciu zginęło skutkiem przypadków. W znacznej większości resztujących przypadków śmierć nastąpiła z chorób nerwowych i gruźlicy.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXV (15—21—VI). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 8, urodziło się dzieci 50, zmarło osób 47, mianowicie: z gruźlicy 11 (4 zam.), z zapalenia płuc 10 (1 zam.), z płonicy 2, z cholery niemowląt 3.

* Między 18 a 24 czerwca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego, we Lwowie 1 przypadek i w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), bobreckim (1 gm.), brodzkim (1 gm.), buczackim (2 gm.), czortkowskim (1 gm.), drohobyckim (1 gm.), horodeńskim (2 gm.), jaworowskim (3 gm.), kałuskim (3 gm.), kamioneckim (1 gm.), kołomyjskim (1 gm.), mościskim (3 gm.), nadworniańskim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), wadowickim (1 gm.), złoczowskim (3 gm.).

Wszystkich nowych przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 104; w tygodniu poprzedzającym — 115.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Dr. Payr mian. został prof. nadzwyczajnym chirurgii w Gracu. Dr. Böke mian. prof. nadzw. otologii w Peszcie. Profesorem histologii, embryologii i porównawczej anatomii w Würzburgu mian. został dr. Stöhr.

Nekrologia. Były prof. patologii Dheilly zmarł w Amiens. W Wrocławiu zakończył życie kierownik kliniki okulistycznej, prof. R. Förster.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska* Nr. 12. Otto: Kryoskopia i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek. E. Flatau: Budowa rdzenia w świetle badań nowożytnych.

— *Zdrowie* Z. 7. Rozenfeld: Higiena pielgrzymek do Jasnej Góry. Olszewski: Gimnastyka a gruźlica. Łobodziński: O hallach targowych. Rancman: Nieco o higienie zębów.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 6. L. Korczyński: Klimatologia Szczawnicy. Męsowicz: O pływaniu i kąpieli. Janiszewski: Zakopane jako stacya klimatyczna. Jasieński: Jaśkowice — stacya klimatyczna i zakład wodoleczniczy.

— *Przegląd felczerski* Nr. 13. O złamaniach. — Choroby weneryczne w stosunku do akuszeryi. — Jak należy postępować z pępowiną po porodzie. — Zabawy i gry dzieci w ogrodzie imienia Rau, urządzone staraniem warszaw. Towarzystwa higienicznego w 1899 i 1901 r.

— *Nowiny lekarskie* Nr. 7. Zembrzuski: O szwie nerwów. Dziembowski: Patologia i terapia zmian w sercu przy stwardnieniu tętnic (dok.). Karwowski: Przypadek wielorakich miękkich tłuszczaków skórnych z zabarwieniami skóry i objawami dziedziczności.

— *Gazeta lekarska* Nr. 27. Żebrowski: Przyczynek do określania ilościowego kwasu moczowego za pomocą miareczkowania. Majewski i Żebrowski: Przyczynek do składu chemicznego żółci u człowieka. Kossowski: Ośm przypadków zakażeń septycznych połogowych, leczonych metodą Fochiera. Ciechomski: Przyczynek do leczenia bliznowatych zwężeń przełyku (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 27. L. Rydygier: Dalsze doświadczenia nad leczeniem operacyjnem przerostu gruczołu krokowego własnym sposobem. Bregman i Steinhaus: Przypadek limfosarkomatu śródpiersia, przechodzącego do kanału kręgowego (c. d).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 27. Teuner: O léčeni tuberkulosy v okresni nemocnici w Benešově u Prahy. Kopfstein: Operace při chorobách orgánů močových, provedené v letech 1897 až 1901 ve veřeiné všeobecné nemocnici cis. Frant. Jos. I ve Mladé Boleslavi. (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 52. Collet: Moczopędne leczenie przewlekłego zatrucia żółcią. Martel: Główne rodzaje zepsucia mięsa.

— Nr. 53. Thoyer-Rosat: Poród wymuszony i poród chirurgiczny. Marchais: O mięsieniu i urochomianiu w zapaleniu żył.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 26. Oetingen: Leczenie wrodzonej szpotawości u osesków. Rosenberg: O nadnerczynie w ryno-laryngologii. Gotschalk: O »folikulomie« złośliwej jajnika. Berding: W sprawie oznaczania kwasu moczowego. Frommer: Nowy przyrząd do szycia przetok i ran w ciasnych przestworach jamistych. Strassmann: O usuwaniu ciąży trąbkowej drogą operacyjną przez pochwę (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 27. Gaertner: O infuzyi tlenu do żył. Pezzoli: O oddziaływaniu wydzieliny gruczołu krokowego w przewlekłem zapaleniu tego gruczołu. Kreibich: O niektórych próbach rozpoznawania za pomocą surowicy. Ghon: O zapaleniu błon mózgowych w przebiegu grypy (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 26. Hammer: Leczenie gruźlicy w sanatoryach. Wormser: O klinicznem znaczeniu tyłozgięcia ruchomego macicy. Pässler: O kilku rzadszych przypadkach migreny. Decastello i Sturli: O izoaglutyninie w surowicy ludzi zdrowych i chorych. Leusser: O sercu wędrującem. Kollmann: Patogeneza ostrego gośćcowego zapalenia stawów. Stich: Odczyn na białko i cukier przy łóżku chorego. Krönig: W sprawie samozakażenia w położnictwie. Scanzoni: Odpowiedź na artykuł prof. Hofmeiera: »O zapobieganiu gorączce połogowej«. Oppe: Ospa w Londynie i angielska ustawa o szczepieniu ochronnem.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 27. Brieger: O wytwarzaniu swoiście działającej substancyi z prątków durowych. Schütze: O swoistem działaniu na ustrój zwierzęcy substancyi, uzyskanej z prątków durowych. Oppenheim: Znikanie stłumienia wątrobowego przy odęciu brzucha. Gerber: Moja metoda operacyjna przewlekłego otoku jamy Highmora. Polano: Przyczynek do techniki wytwarzania dróg limfatycznych. Wassermann i Schütze: Rozwój biologicznej metody do rozróżniania białka ludzkiego od zwierzęcego za pomocą precepityny. Moeller: O bakteryach nie odbarwiających się w kwasach (dok.).

Redakcya otrzymała. Majewski: 1) Sur les agents qui influencent le degré de l'astigmatisme cornéen après l'operation de la cataracte. 2) To samo po polsku. 3) O zastosowaniu komórek wodnych w przypadkach niezborności i rogówki stożkowatej. 4) Opatrunek Wolffberga po operacyach ocznych. 5) Dwa przypadki mięsaka rogówki. 6) Kilka przypadków zaburzeń umysłowych po operacyi zaćmy. — »Przegląd polski rozwoju przemysłu fabrycznego, handlu i rolnictwa« pod redakcyą Zenona Pietkiewicza (Nr. 1 i 2). Seńkowski: 1) O metodzie badania czynności wydzielniczej wątroby. 2) To samo po niemiecku. 3) Znaczenie ptomain w chemii sądowo-analitycznej.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.